10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1893, à 1 heure

Par Eugène BONZON,

Né à Genève, le 14 novembre 1867.

ÉTUDE

SUR

LA CHÉLOÏDE SPONTANÉE MULTIPLE

Président : M. FOURNIER, professeur.
Professeur : M. TERRIER.
Agrégés : MM. CHAUFFARD. SÉBILEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1893, à 1 heure

Par EUGÈNE BONZON,

Né à Genève, le 14 novembre 1867.

ÉTUDE

SUR

LA CHÉLOÏDE SPONTANÉE MULTIPLE

Président : M. FOURNIER, professeur.
Professeur : M. TERRIER.
Agrégés : MM. CHAUFFARD. SÉBILEAU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.		
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

M. le docteur Tenneson a possédé à deux reprises différentes dans son service de l'hôpital St-Louis, deux cas fort intéressants de chéloïdes multiples. Nous les avons observés pendant bien des mois et nous publions, avec l'autorisation de notre maître, l'histoire de ces deux malades. En y joignant les quelques observations de chéloïdes spontanées multiples éparses dans la science, nous chercherons à tracer un tableau d'ensemble de cette dermatose, et à élucider quelques points de sa symptomatologie et de son étiologie encore si peu connues.

On sait que ce fut Alibert qui le premier sépara la chéloïde spontanée de la chéloïde cicatricielle. Son opinion, confirmée anatomiquement par Kapori, *admise jusqu'à ces dernières années* par tous les dermatologistes, est aujourd'hui battue en

brèche. Besnier, Hutchinson, Barthélemy, ensei-seignent qu'à l'origine de toutes les chéloïdes, il y a une lésion de la peau, si minime soit-elle. Nous exposerons, dans le cours de notre travail, les raisons qui nous font admettre avec Alibert, Kaposi, Bazin, Hardy, de Amicis, Vidal, une variété vraiment spontanée de chéloïdes.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos plus sincères remerciements à notre cher maître, M. Tenneson, pour l'excellent accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service ; ses intéressantes cliniques, que nous suivons depuis quatre ans, nous ont appris à aimer la dermatologie. Nous voudrions aussi saisir cette occasion de remercier de leurs excellents enseignements nos maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Duplay, MM. Berger, Landrieux, Tapret, Duquet, M. le professeur Pinard.

M. le professeur Fournier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous lui en sommes sincèrement reconnaissants.

I

Historique

Le nom d'Alibert doit être inscrit en tête d'une étude sur la chéloïde spontanée. Cet auteur est le premier qui l'ait signalée et bien décrite. Avant lui, Retz (1) avait donné une description assez exacte de la chéloïde cicatricielle. Quant à Bateman (2) que citent tous les auteurs, il n'a signalé la description de Retz que pour mettre en doute l'existence d'une pareille dermatose. Dans le premier de ses ouvrages (3), Alibert décrit la chéloïde sous le nom de cancroïde et a surtout en vue la chéloïde cicatricielle. Sept ans plus tard, il lit à la Société

(1) *Retz.* Des maladies de la peau et de celles de l'esprit. Paris, 1790.

(2) *Bateman.* A pratical synopsis of cataneous diseases. London, 1813.

(3) *Alibert.* Précis des maladies de la peau. Paris. 1810.

médicale d'émulation (1) un intéressant travail sur la chéloïde. « Ces recherches, dit-il, ont pour objet de faire connaître une tumeur cutanée qui n'a encore été indiquée ni décrite par aucun observateur ; c'est celle que j'avais d'abord désignée sous le nom de cancroïde, dans les cours de clinique que je fais tous les ans à l'hôpital St-Louis. Mais, depuis cette époque, j'ai jugé que ce nom avait trop d'analogie avec celui de cancer dont on se sert communément pour exprimer un genre d'affection tout à fait différent de celui qui m'occupe, ce qui pourrait entraîner de la confusion dans la science ; j'ai préféré dès lors signaler cette tumeur par le titre de chéloïde à cause des prolongements particuliers qu'elle projette dans ses parties latérales et qui ressemblent assez bien aux pattes d'une écrevisse. »

Ce passage nous indique l'étymologie et l'orthographe qu'Alibert assignait au mot chéloïde : χηλή, pince d'écrevisse. Εἶδος figure « en forme de pince ». Cette étymologie est contestée (2) ; les uns font venir le mot chéloïde de κηλίς, macule ou cicatrice, les autres de χέλυς carapace, aujourd'hui on adopte l'étymologie d'Alibert ; il en est de même pour l'orthographe ; c'est un solécisme qui n'a pris naissance que plus tard (3) et s'est per-

(1) *Alibert*. Mémoires de la Société médicale d'émulation, 1817, 8e année, p. 744.

(2) *E. Wilson*. Portraits of diseases of the skin. Article chéloïde.

(3) Thèse de *Firmin*, 1850. De la kéloïde.

pétué jusqu'à nos jours (1) que d'écrire *kéloïde* ; avec Littré et Robin (2), avec Bazin (3), nous écrivons chéloïde.

Ce fut surtout dans son dernier ouvrage (4), qu'Alibert décrivit avec soin la chéloïde et en distingua deux variétés bien tranchées : 1° la chéloïde spontanée (kelis genua) qu'il désigne sous le nom plus simple de kelis, s'accompagnant de très vives douleurs, n'apparaissant que sur un épiderme intact et étant le plus souvent multiple, et 2° la chéloïde cicatricielle toujours indolore et ne se développant qu'à la suite des cicatrices.

Alibert s'attacha surtout à décrire la variété cicatricielle qui attira particulièrement aussi l'attention des auteurs qui suivirent ; peut-être est-ce parce que la chéloïde multiple était, au dire d'Alibert. « infiniment rare ». Il n'entre pas dans notre sujet de citer les auteurs qui s'occupèrent de la chéloïde des cicatrices. Disons qu'en 1849, en même temps que Follin publie un mémoire sur les végétations des cicatrices (5), Cazenave écrivait que le nom de chéloïde devait être réservé à la seule tumeur se développant sur la peau saine (6). Telle était aussi en Allemagne l'opinion de

(1) *Annales de Dermat.* 1889.
(2) *Dictionnaire.* Art. chéloïde.
(3) *Dictionnaire Dechambre.* Art. chéloïde.
(4) *Alibert.* Monographie des dermatoses. Paris, 1832.
(5) *Follin.* Gazette des hôpitaux, 1849.
(6) *Cazenave.* Abrégé pratique des maladies de la peau, 1847.

Wedl (1), de Schuh (2), de Kaposi. Cette opinion si juste et qui aurait empêché bien des confusions, n'a malheureusement pas prévalu, et dans les ouvrages de tous les dermatologistes français qui suivirent, si l'on parle de la chéloïde des cicatrices, bien peu de lignes sont consacrées à la chéloïde spontanée. Ces auteurs, Rayer (3), Cazenave (4), Devergie (5), Hardy (6), se contentent de citer l'affection sans en donner aucune observation intéressante et sans ajouter de vues nouvelles à la question. Faut-il citer les thèses de Lhonneur (7) et de Maubon (8) ? La thèse de Firmin (9) faite sous l'inspiration de Velpeau contient la première observation intéressante de chéloïde spontanée multiple. Le même auteur donne un tableau exact des symptômes différentiels qui, au début surtout, séparent les deux variétés de chéloïdes.

En Angleterre, Th. Addison (10) compliqua singulièrement la question en déclarant fausse la vraie chéloïde d'Alibert et en décrivant comme

(1) *Wedl.* Pseudoplasmen. Wein, 1854, p. 90.

(2) *Schutz.* Pathol. histologie, p. 461.

(3) *Rayer.* Traité des mal. de la peau. Paris, 1835, t. II, p. 667.

(4) *Cazenave. Loc. cit.*

(5) *Devergie.* Traité des maladies de la peau, 1854.

(6) *Hardy.* Leçons sur les mal. de la peau. Paris, 1835.

(7) Th. de Paris, 1856.

(8) Th. de Paris, 1855.

(9) Th. de Paris, 1850.

(10) *Thom. Addison.* Med. chirurg. transactions, 1854. p. 2.

vraie chéloïde (true chéloïde) une maladie bien différente. Bazin (1) marcha malheureusement sur les traces d'Addison, il divisa la variété spontanée d'Alibert en deux variétés, la chéloïde rouge et la chéloïde blanche « à peine entrevue par les auteurs et se distinguant de la précédente par l'absence de tout relief à la peau et par sa teinte blanchâtre uniforme, d'aspect cicatriciel. »

Rien, dans ces descriptions d'Addison et de Bazin ne rappelle la chéloïde, telle que nous la connaissons ; il est évident que ces auteurs ont en vue une dermatose aujourd'hui bien connue en France sous le nom de morphée ou sclérodermie en plaques, mot bien préférable à celui de chéloïde d'Addison qui prêtait tant à la confusion.

Depuis l'article de Bazin (1874) citons en France les thèses de Lirois (2), de Delpech (3), les essais de traitement de Vidal (4) ; l'article de Leloir (5) qui est un bon résumé de l'état de la science à son époque.

En Allemagne, les travaux sur la chéloïde spontanée multiple ont été plus nombreux. Les auteurs ont surtout débattu la question de nature, sans d'ailleurs se mettre d'accord. Pour Coley (6), pour

(1) *Bazin.* Art. chéloïde, in Dict. Dechambre.
(2) *Lirois.* Th. Paris, 1877.
(3) *Delpech.* Th. Paris, 1881.
(4) *Vidal.* Gazette hebdom. de médec. et de chir., 1881, 4 fév.
(5) Annales de Derm, 1890, p. 93.
(6) *Coleg.* Chirur. wahrnebnumgen Lancet, vol. I, nº 14, 1834.

Fuchs (1) la chéloïde est de nature tuberculeuse ou scrofuleuse. Hawkins (2) la considère comme une simple hypertrophie du tissu sous-cutané analogue aux verrues et aux condylomes. (Telle était aussi l'opinion de Hardy.) Wirchow (3) ne fait pas de la chéloïde spontanée une tumeur spéciale. Elle peut, dit-il, contenir des éléments purement fibreux, des éléments élastiques ou des cellules en plus ou moins grand nombre, et être ainsi rangée parmi les fibromes, les sarcomes, les myomes, les fibro-sarcomes, etc. Cette opinion a eu en Allemagne beaucoup de partisans. Langhans (4), dans son intéressant mémoire, où il relate un beau cas de chéloïde spontanée multiple, déclare avoir eu affaire, dans son cas, à des fibromes. Schwimmer (5), dans son travail sur la chéloïde multiple, auquel nous ferons de fréquents emprunts, partage les idées de Wirchow et déclare que le diagnostic histologique est souvent impossible. Telle est loin d'être l'opinion de Hébra, Kaposi (6) ; se basant

(1) *Fuchs.* Mal. de la peau, 1840.

(2) *Hawkins.* Forceps notizen, 1852, p. 185.

(3) *Wirchow.* Pathol. des tumeurs. Traduct. Aronssohn, t. II, p. 237.

(4) *Langhans.* Wirchow, archiv. XL, 1867, p. 382.

(5) *Schwimmer.* Das multiple kéloïde. Ins vierteljahreschrift. f. Derm., 1880.

(6) *Hebra* et *Kaposi.* Maladies de la peau, traduct. Dogon, 1876.

sur leurs recherches microscopiques, Dieberg (1) et après lui Kaposi, ont admis :

1° Une chéloïde spontanée ;
2° Une chéloïde cicatricielle ;
3 Une cicatrice hypertrophique.

Cette opinion a été admise en Angleterre (E. Wilson, Hutchinson) et en France (Leloir), avec cette différence que l'origine absolument spontanée de la chéloïde est mise en doute (Besnier). Mais qu'elle soit spontanée, ou qu'elle résulte d'une solution de continuité très légère, presque hypothétique, une chéloïde de telle origine n'en présentera pas moins des symptômes assez particuliers pour qu'il soit nécessaire de la décrire à part.

OBSERVATION I (personnelle).

Chéloïde spontanée multiple.

Le B..., Victor, célibataire, 41 ans; a d'abord été sabotier dans son pays natal (département de la Marne), puis est venu en 1877 à Paris, où il exerce le métier de frotteur.

Pas d'antécédents héréditaires; son pére, 64 ans, cultivateur, sa mère, 62 ans, ont toujours eté bien portants. Une sœur de 34 ans, bien portante, mariée, a une fille de

(1) *Dieberg.* Deutsche clinik, 1852, n° 33.

3 ans, en bonne santé. Un frère de 33 ans, cultivateur, qui a eu la gourme jusqu'à l'âge de 6 à 7 ans. Le B... n'a pas eu une très bonne santé dans son jeune âge ; il a marché cependant de bonne heure, mais à 6 ans a eu le carrau pendant un an avec diarrhée abondante et toux. Il crachait beaucoup et le médecin disait qu'il avait la poitrine malade. Vers l'âge de 10 ans, la toux a cessé A peu près vers la même époque, Le B... était sujet à des vomissements abondants survenant après la moindre émotion; il souffrait de névralgies sus-orbitaires violentes presque tous les deux jours, et, dès qu'il voulait travailler. il avait des palpitations et de violents accès de dyspnée qui l'obligeaient à se reposer et à s'asseoir ; il sentait comme un étau lui serrer la poitrine et explique très bien la sensation de boule lui remontant au pharynx. Il ne se souvient pas d'ailleurs avoir jamais perdu connaissance ni avoir eu aucune attaque, mais son caractère était très irritable ; il s'émouvait facilement et était alors en proie à des sueurs abondantes et subite, et à des bouffées de chaleur.

Cet état nerveux a empêché Le B... de travailler régulièrement pendant sa jeunesse, il s'améliora un peu avec l'âge. Pas d'idées mélancoliques, mais émotivité exagérée dont il a souvent donné des preuves dans le service. Anesthésie assez marquée du voile du palais. Rétrécissement notable du champ visuel du côté gauche. Le B... n'a jamais souffert de privations ; pas traces d'alcoolisme.

A la fin d'août 1891, le malade a eu à la partie médiane de la lèvre inférieure une ulcération indolente, suppurante, qui dura jusqu'à la fin d'octobre. Un médecin consulté lui conseilla de la poudre d'amidon. Etait-ce là un chancre induré? Le malade affirme n'avoir eu aucun contact suspect dans les 6 mois qui précédèrent l'ulcération ; il mange

toujours chez lui. Enfin, fait plus important, l'érosion ne s'accompagna d'aucune adénite sous-maxillaire et dans les nombreux interrogatoires que nous lui avons fait subir, Le B... affirme n'avoir jamais eu ni roséole ni plaques muqueuses à la bouche ou à l anus, ni éruption quelconque. Les cheveux ne sont pas tombés; jamais de maux de tête ni d'iritis. Aussi, tout en faisant des réserves sur ce point de son histoire, nous ne croyons pas Le B... atteint de syphilis. Ajoutons en outre que le traitement spécifique, administré de nombreuses fois, n'a jamais influencé les chéloïdes.

La première tumeur que Le B... a remarquée a commencé en octobre 91 par l'épaule droite. A cette époque, le malade s'aperçut de deux petites élevures rouges, qui, en quelques semaines, atteignirent les dimensions d'un gros pois. Elles furent suivies de l'apparition de tumeurs semblables sur l'épaule opposée et au sternum. La croissance lente des tumeurs s'pccompagnait d'une sensation désagréable comparable à des coups d'épingle et d'un prurit incessant bien localisé aux tumeurs. Souvent le grattage les excoriait; il sortait alors quelques gouttes de sang, mais jamais les tumeurs n'ont suppuré, le malade est très affirmatif à cet égard. En décembre 1891, Le B... entre à Saint-Louis, service de M. Hallopeau. Traitement : Banyuls, quinquina, bains d'amidon, vaseline boriquée. Diagnostic?

Les élevures, loin de diminuer, s'accrcissent, mais lentement, et il en vient de nouvelles. Après 20 jours de traitement, séjour à Vincennes.

En juin 1892, Le B... est soigné à Saint-Antoine, service de M. Hanot, pour pneumonie du côté droit (ventouses scarifiées et sèches. Quinquina, lait, thé au rhum), il sort

guéri en juillet. Les petites tumeurs augmentant de nombre et de dimension, le malade va à l'Hôtel-Dieu d'où on l'envoie à Saint-Louis, service du docteur Tenneson, salle Bichat, lit n° 15.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en face d'un homme de taille moyenne, bien constitué, sans déformation du squelette, de bonne santé générale, présentant sur le dos, entre les deux épaules, quelques pustules acnéiques qui, dit-il, ont toujours existé, et aux ailes du nez des comédons nombreux.

Les chéloïdes sont disséminées sur toute la surface du tégument. Nous en avons compté 77 qui se répartissent comme il suit :

Région stermale	6
Région deltoïdienne droite	5
— — gauche	2
Membre supérieur droit	11
— — gauche	9
Tronc du côté droit	6
— — gauche	2
Abdomen	rien
Cuisse droite	6
— gauche	5
Jambe droite	12
— gauche	13
Région lombo-sacrée	rien
Scrotum	—

Elles sont disposées d'une façon régulièrement symétrique. Ainsi aux deux chéloïdes de la face interne du bras droit correspondent deux chéloïdes au bras gauche également à la face interne. La chéloïde située à la pointe du coude à droite, à son homologue au coude opposé, de

même pour la pointe de l'acromion où des deux côtés siège une chéloïde, etc.

La dimension de ces tumeurs est très variable depuis une grosse lentille, une noisette, à une pièce de cinq francs. La plus considérable à ce point de vue est la chéloïde siégeant à la région sternale, elle mérite d'être décrite à part : c'est une des plus anciennes en date ; elle date de plus d'un an, et est apparue en un point de la peau qui, affirme le malade, était absolument intact. Elle a crû en l'espace de deux mois, et est depuis longtemps restée stationnaire. Sa forme est très irrégulière, ses bords déchiquetés envoient 2 ou 3 prolongements de chaque côte, prolongements d'ailleurs peu accentués. Cette chéloïde mesure 3 cent. 1/2 de largeur sur 4 cent. de hauteur et s'élève de 3 millim. au dessus des téguments. La peau qui la recouvre est blanchâtre, parcourue par quelques brides peu accentuées et par quelques petites veinules ; cette chéloïde est mobile sur le tissu sous-cutané et de consistance cartilagineuse.

La forme des tumeurs est variable : allongée, quadrilatères, mais le plus souvent nummulaire.

La peau qui les recouvre, tantôt lisse, tantôt fripée, présente quelquefois des brides transversales, les poils y font complètement défaut, mais on remarque à la loupe l'ouverture des glandes de la peau. Les bords sont chez certaines, taillées à pic, chez d'autres, ils s'abaissent en pente douce jusqu'au niveau de la peau environnante.

La hauteur à laquelle s'élève les chéloïdes au-dessus des téguments varie de 2 à 5 mill. la plus remarquable à ce point de vue est une chéloïde cylindracée située sur le côté droit du tronc et ayant près de 6 mill. de hauteur.

Toutes ces petites tumeurs présentent à peu près la même consistance élastique. Elles roulent sous le doigt qui cons-

tate ainsi facilement leur indépendance avec le tissu cellulaire sous-cutané.

Leur couleur est très variable et c'est un point sur lequel M. Tenneson a souvent attiré notre attention. Les chéloïdes jeunes (6 semaines à 2 mois) sont rouge foncé, quelquefois violettes; à la pression du doigt, elles se décolorent pour reprendre rapidement, le doigt enlevé, leur coloration première. Les chéloïdes plus anciennes (4 à 5 mois) sont rose clair, certaines même tranchent à peine sur la coloration du tégument environnant : enfin les plus anciennes (15 à 18 mois) sont livides à surface brillante et nacrée. Telle est celle du sternum, remarquable à tant d'autres points de vue.

D'après Le B. les chéloïdes débutaient toujours sur la peau saine par une petite élevure rouge conique augmentant chaque jour davantage et ressemblant à un furoncle à sa première période : nous avons eu la bonne fortune de suivre, à la partie antérieure de l'avant-bras gauche, l'évolution complète d'une chéloïde (mars 93). Le malade, averti par des picotements et du prurit, nous signala l'apparition de la tumeur, alors qu'il n'y avait encore qu'une petite tache rouge, à peine surélevée. A ce moment la peau était aussi intacte qu'on peut l'assurer après examen à l'œil nu; la tumeur suivit la marche que nous décrivait le malade. Pendant deux semaines, elle eut l'apparence d'un furoncle avorté et maintenant (4e mois) elle a les dimensions d'une pièce de 50 centimes et commence à devenir blanc rosé. Nous pouvons observer chez notre malade une quatrième phase d'évolution des tumeurs, phase marquée par la régression spontanée des chéloïdes. Cette régression spontanée, notée par tous les auteurs, est très nette chez notre malade. Les chéloïdes disparues

ont fait place à des cicatrices déprimées de formes irrégulières, formées d'une peau fine plissée, entourée d'une aréole brunâtre, nous les comparerions avec de Amicis (obs. III) aux macules atrophiques des tubercules syphilitiques. Ces macules siègent surtout sur les jambes où on en compte 4 à 5 de chaque côté. A quelle époque les chéloïdes entrent-elles en régression ? nous ne pouvons, sur ce point, donner de réponse affirmative, n'ayant pas suivi le malade assez longtemps pour ce a. A son dire, les chéloïdes des jambes dataient de 4 à 6 mois quand elles commencèrent à diminuer.

En janvier 1893, on pratiqua, avec l'autorisation du malade et sans anésthésie, l'ablation d'une chéloïde située sur l'épaule droite. Incision de 4 centimetres, deux points de sutures, pansement au iodoforme, 8 jours après le pansement enlevé, la cicatrice apparut rougeâtre, tendue, les bords déjà surélevés. Ces symptômes augmentèrent et 15 jours après la biopsie, s'était formée une nouvelle tumeur chéloïdienne ayant la forme de l'incision, mais empiétant sur ses dimensions. A peu près à la même époque, une incision de 3 cent. faite sur une partie saine de la peau de l'épaule gauche, donna naissance dans les deux semaines qui suivirent à une chéloïde cicatricielle cylindracée. Remarquons, à ce propos, que le malade porte depuis l'âge de 4 ans des cicatrices de vaccine qui sont toujours restées souples.

En mars 1893, pour l'examen histologique, nous enlevâmes à la partie interne du bras droit une chéloïde ayant 3 mois de date. Incision et pansement aseptique. Réunion par première intention, la cicatrice semble devoir rester souple, mais 10 jours après la biopsie, les brides de l'incision s'indurent, s'épaississent et trois semaines environ

après l'opération, une nouvelle chéloïde plus volumineuse que la première était définitivement constituée.

Si nous passons à l'étude des symptômes fonctionnels. Nous voyons que les chéloïdes sont le siège d'élancements, de piqûres que le malade compare à des piqûres d'épingles, de tiraillements de la peau, de démangeaisons presque insupportables. Le B. se gratte jusqu'à s'écorcher. Ces phénomènes sont surtout marqués pendant la période de formation de la chéloïde et nous avons vu qu'ils précédaient les symptômes objectifs, et que le malade par eux seuls avait pu nous prévenir de l'apparition d'une chéloïde en un point déterminé. Une fois, les chéloïdes bien constituées, les douleurs spontanées diminuent, mais les changements de température, la trop grande chaleur réveillent ces sensations désagréables. Le B. n'a pu nous dire s'il souffrait plus l'été que l'hiver. A la pression modérée aucune réaction, à la pression plus accentuée, douleur assez vive.

Nous avons avec l'épingle exploré la sensibilité des chéloïdes, dans les chéloïdes récidivées la sensibilité est complètement abolie au centre comme à la périphérie et dans ce néo-tissu, l'épingle s'enfonce profondément sans provoquer de douleur. Dans les chéloïdes spontanées, c'est surtout au centre que l'on note une anesthésie complète ; sur les bords, l'insensibilité bien qu'encore très marquée n'est pas complète, elle va en diminuant à mesure qu'on se rapproche de la peau saine environnante ; celle-ci offre sa sensibilité habituelle. Sur les chéloïdes la thermanesthésie est complète.

Aucun rétentissement ganglionnaire.

Les muqueuses qu'on peut explorer sont saines.

Poumons sains.

Cœur et pouls un peu rapide, 92, fréquemment irrégulier.

Appétit faible, mais régulier ; bonne digestion.

Analyse de l'urine : 1.200 grammes, D. 1.030. Pas d'albumine, ni de muco-pus, ni de sucre. Quantité normale des pigments biliaires et des sels. Rien d'anormal à l'examen microscopique.

Nous exposerons en détail au chapitre « traitement » les différentes médications auxquelles, avec l'autorisation de notre maître, nous avons soumis le malade. M. Tenneson, pensant à la syphilis, l'a soumis au traitement mercuriel à deux reprises différentes, à son entrée, dans le service pendant six semaines, au 1er avril, pendant un mois. Nous avons deja dit que les traitements successifs n'avaient influé en rien sur la marche de la maladie.

OBSERVATION II (Personnelle).

Chéloïde spontanée multiple chez un syphilitique.

P. R., 28 ans, cocher, entre à Saint-Louis, service du docteur Tenneson, salle Bichat, n° 13, en septembre 1892.

Ce malade n'accuse aucun antécédent héréditaire, ses parents sont encore bien portants, 5 frères et sœurs en bonne santé. Pas de maladie dans son jeune âge, jamais de rhumatisme, pas trace d'alcoolisme.

A l'âge de 20 ans, une blennorrhagie suivie d'orchite du testicule droit. Guérison complète en six semaines. Il n'a pas persisté de goutte militaire.

En juin 92. — Chancre induré de la partie latérale droite de la couronne du gland, ce chancre fut cicatrisé en 3 se-

maines et ne fut jamais suivi de roséole, ni de maux de tête, ni d'alopécie ; mais en juillet, maux de gorge, pour lesquels un médecin de la ville le cautérisait deux fois par semaine.

Depuis son enfance, R. est sujet à des accidents nerveux très accentués, qu'il décrit parfaitement ; son caractère est très irritable ; pour la moindre contrariéte, de violentes colères souvent suivies de pertes de connaissance. Il s'émeut facilement, est souvent en proie à une peur irraisonnée qui se traduit par de violents accès de dyspnée et une sensation de boule remontant dans le pharynx ; jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il était en proie à de fréquents cauchemars et se levait la nuit, marchant dans la maison jusqu'à ce que le froid aux pieds le réveillât. Nous ne constatons chez le malade aucun trouble de la sensibilité, les réflexes sont bons, le réflexe pharyngien est un peu exagéré.

Le malade entra dans le service du docteur Tenneson pour les tumeurs qu'il se sentait sur les épaules et dont il ne peut fixer la date exacte du début. Peut-être, dit-il, sont-elles antérieures au chancre, mais à cette époque elles étaient en tout cas très petites. Etant donnés ses antécédents, le malade est soumis au traitement spécifique ; les tumeurs ne sont pas influencées par l'hydrargyre et il s'en développe de nouvelles. Le malade quitte le service en novembre 92, mais il revient souvent consulter M. Tenneson, et nous pouvons l'examiner fréquemment à Saint-Louis, pendant les mois de mai et juin.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en face d'un homme, de taille moyenne, large d'épaule, vigoureusement constitué dont le système pileux est peu développé et qui porte aux lieux d'élection (dos-poitrine) de nombreux comédons et pustules d'acné. Les tumeurs qui nous occupent sont

disséminées sur tout le tégument, nous en avons compté 26 distribuées comme il suit :

Dos........................	4
Région lombo-sacrée...........	3
Membre supérieur droit.........	2
— — gauche......	1
Jambe droite.	3
— gauche.................	4
Poitrine......................	Rien
Abdomen......................	—
Cuisses.	—
Nuque........................	1
Région parotidienne gauche.....	2
— — droite......	1
Front.........................	1
Epaule droite..................	2
— gauche.................	2
Total.......	26

La symétrie qu'affectent les tumeurs dans leur distribution est moins parfaite que chez le malade n° 1, remarquons cependant au tableau ci-dessus que chaque région homologue en contient le même nombre, celles de l'épaule sont à gauche comme à droite, disposées autour du relief de l'acromion. Celles des bras sont des deux côtés à la partie interne, etc.

On sent très nettement à la palpation que ces tumeurs siègent dans le derme ; elles sont mobiles avec la peau sur les parties sous-jacentes. Leur forme et leurs dimensions sont très variables, il y en a de franchement nummulaires, d'autres sont allongées (chéloïdes cylindracées d'Alibert). La plus remarquable comme dimension est celle de la nuque dont le début rémonte, au dire du ma-

lade, à 7 mois. Elle siège juste à la limite des cheveux qui le recouvent un peu. Au toucher elle donne la sensation d'une plaque de cartilage surélevé de 2 mill. au-dessus des téguments. Sa forme irrégulièrement ovalaire a, comme dimension, 3 cent. et demi de longueur sur 2 cent. de large. Le malade nous a dit qu'elle était beaucoup plus surélevée, et lui donnait au toucher l'impression d'un « macaron ». Peut-être les applications de Vigo qu'on y a faites dans le service, ont-elles contribué à l'aplanir. Les bords de cette chéloïde sont taillés à pic ; chez d'autres chéloïdes plus petites, les bords se confondent insensiblement avec la peau, entre ces deux extrêmes on observe tous les intermédiaires ; mais nous devons dire que chez aucune nous n'avons observé des prolongements en forme de pinces que décrit Alibert. La peau, à la surface des tumeurs offre quelques caractères sur lesquels il est bon d'insister ; d'abord elle ne desquame en aucun point, elle est brillante, nacrée, et sur certains points plissée, les plis, notamment sur une chéloïde cylindracée de l'épaule gauche, sont parallèles entre eux et au grand axe de la tumeur. Celle-ci est dépourvue de poils, mais à la loupe on note les orifices glandulaires de la peau normale.

Les chéloïdes présentent des différences de coloration très marquées : rouge vif, presque violette; rose ou blanche nacrée, ces différences sont en rapport avec l'âge des tumeurs. Les chéloïdes en voie d'évolution sont rouge vif; celles dont la croissance semble s'être arrêtée, sont roses; les plus anciennes (v. 8-10 mois) sont blanches et nacrées.

A son début, la chéloïde a l'apparence d'une petite papule très rouge, à peine surélevée qui pâlit à la pression du doigt : c'est ce qu'explique le malade et c'est ce que

nous avons pu observer sur l'épaule droite dont l'examen est à ce point de vue des plus instructifs : on trouve, réunies sur cette région, trois chéloïdes aux différents stades de leur évolution : 1° Une chéloïde cylindracée longue de 18 mill., large de 5 mill. datant de 4 mois, recouverte d'une peau lisse et fine ; 2° une chéloïde encore à l'état de papule rouge, de consistance moins fibreuse que la précédente ; enfin 3° une chéloïde dont l'apparition date de 15 jours, au moment où nous prenons l'observation, et qui n'a encore l'aspect que d'une petite élevure conique très rouge.

Quelques-unes des chéloïdes ont subi la phase régressive et sont maintenant remplacées par des cicatrices, plissées, blanches, encore un peu surélevées. Le malade n'a pu nous dire si c'était les chéloïdes les plus anciennes qui avaient ainsi régressé.

L'étude des syptômes fonctionnels nous montre que les chéloïdes sont douloureuses surtout quand elles apparaissent : ce sont des picotements, des démangeaisons vives surtout le soir et que le malade ne peut calmer qu'en se faisant des affusions d'eau froide. A la pression, le malade dit ne ressentir aucune douleur. Examinant la sensibilité avec une épingle, nous avons noté une anesthésie complète des chéloïdes, anesthésie aussi marquée au centre qu'à la périphérie. La sensibilité reparaît intacte dès que la pointe de l'épingle appuie sur la peau saine.

Nous n'avons malheureusement pas pu décider le malade qui est très craintif à se laisser faire une biopsie ; mais nous savons que les traumatismes occasionnent chez lui des tumeurs chéloïdiennes. En effet, R. porte à la face dorsale de l'avant-bras gauche une tumeur chéloïdienne, de forme particulière qui, assure-t-il, s'est développée sur

une forte écorchure faite il y a quelques mois. Les cicatrices de vaccine faites dans l'enfance, sont restées intactes : ce fait a déjà été noté par plusieurs observateurs ; muqueuses et organes internes intacts.

Pas de retentissement ganglionnaire.

Urine normale, pas d'albumine, ni de muco-pus, urée : 29 grammes, quantité normale des phosphates et autres sels.

Nous exposerons au chapitre « traitement » les diverses médications auxquelles fut soumis le malade. Disons, dès à présent, qu'elles ont été infructueuses, entre autre le traitement spécifique que le malade suivit pendant les trois mois de son séjour à Saint-Louis et que M. Tenneson lui fit reprendre en avril 93.

II

Anatomie pathologique.

L'examen microscopique de nos tumeurs a confirmé le diagnostic clinique Cet examen pratiqué après durcissement dans l'alcool, a montré que les tumeurs étaient constituées par du tissu conjonctif. Autour des capillaires surtout se montrent des amas de cellules lymphatiques.

Pour Alibert et ses contemporains, la texture de la chéloïde spontanée était très simple. « La tumeur, dit Alibert, siège dans la partie cellulo-nerveuse du tégument. C'est un tissu fibreux, compact, entrecroisé et entrelacé comme les corps fibreux de la mamelle, glandes sudoripares et sébacées, follicules pileuses, vaisseaux, tout était étouffé au milieu du tissu conjonctif néoformé ».

Wirchow (1), en 1864, déclara que la chéloïde spontanée n'avait pas une texture si uniforme : il admet bien avec Dieberg, trois variétés de chéloïdes

(1) *Wirchov.* Pathologie des tumeurs, t. II, p. 237.

bien différentes : la chéloïde spontanée, la chéloïde cicatricielle et la « tumeur cicatricielle verruqueuse » ; mais, dit-il, « la nature de la chéloïde spontanée ne peut être exactement fixée ; elle dépend de sa richesse en éléments cellulaires et, d'après le nombre de ceux-ci, relativement aux éléments fibreux, nous avons tantôt un fibrome, tantôt un sarcome ». Cette division des chéloïdes en sarcomateuses et en fibromateuses, suivant leur richesse en éléments cellulaires, fut admise par plusieurs auteurs allemands. Langhans qui donne dans son mémoire une description histologique très détaillée des chéloïdes spontanées, arrive à cette conclusion qu'il s'agit dans son cas de fibromes. Tout en laissant à des travaux ultérieurs le soin de décider si les idées de Wirchow sont fondées, Schwimmer (1) termine son travail en disant que le diagnostic histologique des chéloïdes spontanées est souvent impossible.

Hebra, Ziemssen, Kaposi, rejettent complètement les idées de Wirchow, et donnent de la chéloïde spontanée une description histologique qui fait de ces tumeurs des néoplasmes à caractères bien déterminés. Voici les caractères anatomo-pathologiques que Kaposi assigne en propre à la chéloïde spontanée :

Persistance au dessus de la tumeur, de l'épiderme et des papilles du derme qui sont complè-

(1) *Schwimmer*. Loc. cit., Examen microsc. dû à Babésiu.

tement intacts ; disposition régulièrement stratifiée des faisceaux fibreux, tous parallèles à la surface de la peau. « La présence des papilles et des prolongements du réseau muqueux montre, d'une manière toute spéciale, que la chéloïde spontanée, contrairement au tissu cicatriciel, se produit dans un chorion antérieurement intact, et n'est pas, par conséquent, une formation destinée à réparer une perte de substance ». (Kaposi, *loc. cit.*).

C'est cette opinion de Kaposi qui a prévalu en France. Leloir déclare que la persistance des prolongements inter-papillaires et des papilles s'observe presque toujours, pour ne pas dire toujours, dans les chéloïdes vraies et n'existe pas dans les chéloïdes ciratricielles. On conçoit donc de quelle utilité doit être l'examen histologique dans les cas douteux.

Il est donc indéniable que la chéloïde spontanée possède une anatomie pathologique propre. Cependant, à l'exemple de Wirchow, plusieurs auteurs contemporains déclarent que, dans leurs examens, les caractères assignés par Kaposi ne se sont pas retrouvés. D'après Cornil et Ranvier (1) si la chéloïde est récemment développée, elle est constituée par des cellules rondes ou fusiformes et par des fibres connectives fines et sa structure ne diffère pas de celle du sarcome fasciculé. D'après Radcliffe Croker (2), « sur les sections parallèles au

(1) *Cornil* et *Ranvier*. Man. d'hist. pathol., t. II, p. 858.

(2) *Radcliffe Crocker*. Britisch med. Journal, sept. 86.

grand axe de la tumeur, le tissu morbide paraît constitué par des fibrilles délicates, flexueuses, formant une trame délicate, à étroites mailles horizontales qui renferment des cellules aplaties ou fusiformes adhérentes aux parois du réseau. Ces cellules sont partout nombreuses, mais surtout autour des vaisseaux », de même les descriptions de Schwimmer, de Denériaz, ne rappellent que de très loin celle de Kaposi, mais sont assez conformes à ce que représentaient les coupes de nos tumeurs. Or, ces tumeurs dataient de trois ou quatre mois au moment de la biopsie ; de même les observations histologiques auxquelles nous faisons allusion plus haut, concernent *toutes des chéloïdes jeunes*. Aussi croyons-nous que dans l'histologie pathologique de la chéloïde, il y a deux phases bien différentes. 1° A son début, la tumeur est riche en éléments cellulaires et correspond à la variété sarcomateuse de Wirchow ; 2° plus ancienne, la chéloïde est surtout formée de tissu fibreux, tel que l'a décrit Kaposi : c'est la variété que Wirchow appelait fibromateuse. En d'autres termes, la division de Wirchow ne correspond qu'à un âge plus ou moins avancé du néoplasme. Nous décrirons en deux paragraphes distincts les caractères histologiques :

1° De la chéloïde ancienne ;

2° De la chéloïde de nouvelle formation, nous arrêtant un peu sur cette première phase qui est celle de nos chéloïdes examinées.

1° La *chéloïde ancienne* a été bien étudiée par Kaposi, et tous les auteurs qui suivent (Langhans, Warren, Cornil et Ranvier, Leloir), confirment ses résultats. La tumeur chéloïdienne ancienne est formée de faisceaux fibreux épais, fortement tassés les uns contre les autres, presque tous dirigés horizontalement, suivant le grand axe de la tumeur; il y a çà et là quelques faisceaux obliques ou perpendiculaires qui contiennent des traînées de cellules ou des canaux de glandes sudoripares (Leloir). Avec le microscope on peut voir au dessus et au dessous de cette masse, les couches du chorion restées normales et en particulier des papilles et des prolongements du réseau muqueux complètement intacts.

Au centre de la tumeur pas de cellules rondes ou fusiformes, pas de noyaux, mais on en trouve en plus ou moins grand nombre à la périphérie où les faisceaux fibreux sont moins serrés ; ce sont des cellules embryonnaires en évolution vers le tissu conjonctif (Kaposi).

Les vaisseaux sanguins sont comprimés par le tissu conjonctif, et au centre de la tumeur ils n'existent plus, mais sont transformés en tractus fibreux (Leloir); à la périphérie, s'ils existent encore, ils ne sont plus intacts : leur endothélium est gonflé et pourvu de noyaux très volumineux, ils sont entourés de cellules jeunes parfois en très grande abondance. La plus ou moins grande

abondance des capillaires et des cellules est pour nous en rapport avec l'âge de la tumeur.

Les glandes sébacées et sudoripares sont, comme les vaisseaux, comprimées et altérées au centre de la tumeur au point d'être méconnaissables, les tractus fibreux ont tout envahi, mais à mesure qu'on s'avance vers la périphérie, les glandes présentent un aspect de plus en plus normal (Leloir).

2° *Chéloïdes récentes.* — L'épiderme et les couches supérieures du derme sont conservées dans les chéloïdes d'origine récente, parfois cet épiderme est normal; d'autres fois, il est aminci aux dépens de la couche de Malpighi (Deneriaz). Cependant Radcliffe Crocker l'a trouvé épaissi, et les papilles hypertrophiées. Dans la chéloïde ancienne, l'axe principal de la tumeur est parallèle à la peau, il n'en est rien dans les chéloïdes à leur début. L'axe principal n'observe pas de direction déterminée; dans les coupes que nous avons vues, il était perpendiculaire ou légèrement oblique à la surface de la peau. C'est ce qu'a aussi observé Langhans.

A un fort grossissement, la tumeur présente un aspect tout autre que celui auquel on aurait pu s'attendre. Elle est extrêmement riche en cellules, et en certains points le tissu ressemble à un ganglion lymphatique : dans une observation due à Sevestre (1) la quantité de cellules était telle que

(1) *Sevestre.* Bull. Soc. Anat., 1875, p. 781.

l'auteur considère les tumeurs comme des productions lymphatiques. « Cependant, dit-il, il n'y avait pas de leucocythémie ».

Dans certaines de nos coupes, on voit en certains points des amas de noyaux serrés les uns contre les autres comme dans un abcès, ils sont réunis sans ordre spécial, et la distance qui les sépare les uns des autres est à peu près égale à leur propre diamètre. Ces amas cellulaires sont surtout abondants à la périphérie de la tumeur, ils se groupent autour des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares (Langhans) et autour des vaisseaux à qui elles forment des gaines plus ou moins épaisses. Ces faits avaient déjà été notés par Kaposi et par Warren qui signalait aussi aux mêmes points des cellules fusiformes d'où le tissu fibreux de la chéloïde prenait naissance (Kaposi).

Les cellules rondes ne forment pas cependant à elles seules le tissu chéloïdien récent ; dans d'autres parties des coupes, ou dans d'autres coupes, on peut voir des faisceaux conjonctifs ; mais jamais ils n'atteignent la longueur ni le nombre de ceux qu'on décrit dans les chéloïdes anciennes ; ils sont minces, flexueux, très séparés les uns des autres : dans les coupes que nous avons examinées, on les voyait nettement mais très écartés, laissant entre eux des espaces très riches en lymphatiques. Cet état se retrouve plutôt à la périphérie qu'au centre où les faisceaux conjonctifs, dès que la chéloïde avance en âge, deviennent plus volumineux et où les es-

paces lymphatiques commencent à disparaître. Schvimmer, Langhans, Kaposi ont noté ces espaces lymphatiques; d'après Radcliffe Crocker « l'intervalle qui sépare les vaisseaux est rempli par un tissu cribriforme ténu, formé d'une charpente de tissu fibreux et dont la plupart des mailles renferment une cellule. » Ajoutons que les faisceaux fibreux quoique très courts et séparés nous ont paru disposés dans un ordre assez régulièrement parallèle à la surface cutanée.

Les vaisseaux sanguins sont très nombreux ; leur nombre croît du centre à la périphérie. Nous avons déjà dit que les cellules fusiformes et rondes leur faisaient une gaine d'autant plus épaisse qu'on s'approchait plus des bords de la tumeur. Leur diamètre est variable ; d'après Langhans, il correspond à celui des capillaires, mais il peut aussi être deux ou trois fois plus grand ; même variabilité dans la direction : elle est ou non perpendiculaire à la direction des fibres du tissu conjonctif. Sur une coupe, nous avons observé un vaisseau très net, coupé longitudinalement et qui se dirigeait obliquement de bas en haut et de droite à gauche. Tous les auteurs ont décrit l'épaisseur de la tunique adventice et la tuméfaction de l'endothelium dont les noyaux proéminent fortement dans le canal. C'est ce que nous avons bien vu sur les coupes.

Les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées sont infiltrées de lencocytes, mais leurs formes se dessinent encore nettement, et à la péri-

phérie de la tumeur, les glandes sont même tout à fait intactes ; dans la chéloïde ancienne, les glandes et les follicules ont au contraire complètement disparu (Kaposi).

Denériaz (loc. cit.) a noté la présence d'un certain nombre de « cellules géantes » à noyaux inégalement distribués. On les a observées également dans nos coupes, elles ne paraissent exister que dans les chéloïdes récentes, car les autres observateurs n'en font pas mention.

Les limites de la chéloïde ancienne sont nettement tracées, il n'en est pas de même dans la chéloïde spontanée à son début. Avant que les faisceaux fibreux soient nettement formés, l'envahissement cellulaire se perd en traînées indistinctes dans le tissu environnant et surtout le long des vaisseaux. C'est pour ce fait que Warren faisait de la chéloïde une maladie des vaisseaux. Cependant Radcliffe Crocker, dans son observation de chéloïde au début, dit que « la tumeur était nettement entourée de tissu fibreux, constitué probablement par les fibres du chorion refoulées qui lui formaient une sorte de capsule. »

On voit par les deux descriptions qui précèdent que l'aspect histologique de la chéloïde spontanée sera bien différent suivant qu'on examine une chéloïde ancienne ou une chéloïde de nouvelle formation ; dans le premier cas : d'épais trousseaux fibreux, une atrophie complète des vaisseaux et des glandes ; dans le second cas, un envahissement de

cellules fusiformes, endothéliales et surtout lymphatiques qui donnent à certaines portions de la tumeur toute l'apparence d'un abcès. S'il est possible de rattacher à la même origine deux tumeurs d'histologie si différente, c'est qu'on observe entre elles tous les intermédiaires. Langhans (1) observant une chéloïde spontanée dès son apparition, l'a trouvée bourrée de cellules, notamment de leucocytes. Nos tumeurs observées dataient déjà de trois ou quatre mois, on a vu que le tissu fibreux y était déjà très appréciable, et que dans quelques faisceaux de ce tissu, les cellules et les vaisseaux étaient plus rares, les fibres plus denses, le tissu plus homogène. Enfin, dans un état plus avancé, nous avons un tissu fibreux pauvre en cellules et très compact ; on n'y retrouve plus d'espaces lymphatiques, les vaisseaux sanguins ne sont plus béants et ne sont reconnaissables qu'à la disposition de leurs noyaux ou même sont transformés en tractus fibreux (Leloir). Le tissu s'est rétracté, la tumeur plus petite a surtout diminué dans le sens de l'épaisseur.

Nous verrons au chapitre de l'étiologie que les recherches microbiologiques et des lésions nerveuses sont demeurées infructueuses.

(1) *Langhans*. Cité in thèse de Dénériaz.

III

Symptomatologie.

Nos deux observations personnelles, présentant, surtout la première, un tableau três exact de la chéloïde spontanée multiple, nous pourrions presque nous dispenser d'écrire ce chapitre de symptomatologie : cependant, il y a certains symptômes intéressants, encore peu connus, et que nous désirons mettre particulièrement en lumière.

Siège. — Depuis Alibert, tous les auteurs s'accordent à désigner la région sternale comme siège de prêdilection des chéloïdes spontanées. La belle tumeur représentée dans l'atlas d'Erasmus Wilson (1) est une chéloïde spontanée de cette région. Langhans, dans son intéressant travail, donne l'observation avec figure à l'appui de trois volumineuses chéloïdes nées spontanément, « toutes trois situées à la région sternale ». La chéloïde supérieure commence à la naissance du

(1) *Loc. cit.*

deuxième cartilage costal gauche ; il finit sur la ligne médiane ; les autres sont situées juste au milieu ; ces dernières sont distantes l'une de l'autre de 44 millimètres. La chéloïde supérieure est distante de 22 millimètres de la chéloïde moyenne (1). Dans notre observation I, la plus volumineuse des chéloïdes siégeait à la région sternale. Il serait difficile de dire pourquoi, pour les tumeurs chéloïdiennes, cette région est un terrain de prédilection. Faut-il admettre l'opinion d'Hutchinson (2) que c'est parce que la région sternale est particulièrement exposée aux traumatismes ? Notons d'ailleurs qu'elle est parfois respectée ; témoin notre observation II et l'observation IV due à Ory (3).

Après la région sternale viennent par ordre de fréquence : les épaules, le dos, la nuque, l'abdomen, d'après Schwimmer et Kaposi, les membres inférieurs et supérieurs seraient toujours respectés ; le professeur de Budapest fait même de ce caractère un des symptômes de la chéloïde multiple. Mais, plusieurs observations que nous publions montrent que les membres supérieurs et inférieurs peuvent porter des chéloïdes.

La *Symétrie* est un des caractères les plus intéressants de la chéloïde spontanée multiple. Nous

(1) *Langhans. Loc. cit.*
(2) *Hutchinson.* Medical Times and Gazette, 1885.
(3) *Ory.* Bull. de la Soc. anat., 1875.

désirerions y retenir un instant l'attention du lecteur, car elle a pour nous une grande signification pathogénique. Les premiers auteurs ne l'ont pas signalée, mais elle n'a pas échappé à Kaposi qui parle « d'une disposition en lignes parallèles sur les seins, les cuisses, les organes génitaux. » Ce n'est cependant que dans ces dix dernières années que nous la trouvons nettement observée. La plupart des observations où la symétrie est bien décrite sont consignées à la fin de notre travail. Combien est remarquable à cet égard la malade de de Amicis (observ. III) : 82 chéloïdes sur le bras droit ; 83 sur le bras gauche ; toutes sur les faces internes antérieure et postérieure ; 31 sur la région deltoïdienne droite ; 32 sur la région deltoïdienne gauche. Il serait difficile d'observer une plus égale symétrie dans la distribution des tumeurs. Cette symétrie a souvent frappé Vidal, (1) « c'est, dit-il, un des caractères remarquables de ces altérations. Dans un cas, j'ai observé 12 chéloïdes disséminées sur les épaules, la nuque, le dos, d'une façon symétrique. Cette symétrie est un des caractères importants pour le diagnostic des chéloïdes spontanées d'avec les cicatricielles et les deutéropathiques. »

Forme. — On connaît les formes bizarrement irrégulières et dissemblables entre elles qu'affectent

(1) *Vidal.* In compte rendu du Congrès de Derm, 1889, p. 98.

les chéloïdes cicatricielles. Les chéloïdes spontanées multiples que nous avons observées et celles dont nous rapportons les observations sont plus uniformes. Les tumeurs sont toujours sessiles ; jamais on ne note ces pédicules dont parlent certains auteurs à propos de la chéloïde cicatricielle.

La chéloïde spontanée s'accroît quelquefois en longueur sous forme d'une bande, d'un doigt allongé. C'est à cette forme qu'Alibert donnait le nom de cylindracée.

Notre malade (observ. I) en offrait de beaux exemples, mais, le plus souvent, les tumeurs sont nummulaires, à surface fortement convexe, à bords taillés à pic ou inclinés en pente douce jusqu'au niveau de la peau saine. Les auteurs les ont comparées aux tubercules syphilitiques (Bazin, Schwimmer), aux sarcomes multiples de la peau (de Amicis), en effet, dans la chéloïde spontanée multiple, les prolongements décrits par Alibert et auxquels la chéloïde doit son nom : χηλή, pince d'écrevisse), manquent le plus souvent. Cependant la chéloïde que Le B. (observ. I) portait à la région sternale présentait 2, 3 prolongements ; de même pour les malades de Langhans de Schwimmer (obs. V), de Ory (obs. IV).

Remarquons que chez les sujets atteints de chéloïdes spontanées, les chéloïdes succédant aux incisions (de Amicis Schwimmer), présentent des prolongements marqués.

La *grosseur* des chéloïdes spontanées multiples

est aussi digne de remarques, elle ne devient jamais comparable à celles qu'atteignent les chéloïdes cicatricielles, les auteurs les comparent à ce point de vue à un haricot, à un grain de chénevis (obs. de Amicis) à une noisette, à une grosse lentille (obs. personnelle). Voilà donc bien leur taille habituelle. Nul doute qu'elles ne puissent acquérir des dimensiens plus considérables. Ainsi, Crudell (1) cite un cas de chéloïde spontanée multiple dont le nombre s'élevait à soixante et parmi lesquelles il s'en trouvait une sur la nuque du poids de 40 livres. Nous n'admettons ce chiffre que sous toutes réserves.

A quelle hauteur au-dessus des téguments s'élève la tumeur chéloïdienne ? Les chiffres qu'on a donnés sont un peu variables, et on peut établir comme moyenne à peu près certaine le chiffre de 3 à 5 mill. Parmi les chéloïdes que nous avons observées, une seulement atteignait 5 mill. ; la hauteur du plus grand nombre variait entre 2 et 3 mill. Quant à la hauteur totale, elle est fort difficile à apprécier. D'après Leloir (2), la hauteur de la partie de la tumeur qui est au-dessus du niveau de la peau représente le tiers de la hauteur totale de la chéloïde. « Ainsi, en supposant que la saillie au dessus du tégument soit de 5 mill., le derme est envahi dans une épaisseur de 10 mill. et par

(1) *Crudell.* Med. in Jahrbucher von Virchow et Hirsch.
(2) *Leloir.* Annales de Derm, 1890, p. 193.

conséquent, l'épaisseur totale de la tumeur est de 15 mill. » Ce raisonnement et les chiffres que l'on en déduit, sont on ne peut plus hypothétiques. Tout ce qu'on peut dire c'est que, dans le traitement de Vidal, le scarificateur s'enfonce quelquefois profondément dans le tissu fibreux et que nous-même avons dans les tumeurs enfoncé l'épingle de 15 à 20 mill. sans déterminer de douleur.

Si la chéloïde cicatricielle est le plus souvent blanchâtre, il n'en est pas de même de la chéloïde spontanée multiple. Ainsi que nous l'avons fait voir dans l'observation I, leur couleur passe par trois phases successives : rouge vif, rose, blanc nacré, ces trois phases correspondent à trois périodes de leur évolution. Firmin avait déjà affirmé le même fait. La couleur disparaît à la pression du doigt, certains états peuvent la modifier : la fièvre (Longmore, de Amicis), les émotions, la menstruation (Leloir et Vidal), sur ce point, nous devons dire que, chez les malades, pourtant très impressionnables, que nous avons suivis, les chéloïdes n'ont jamais changé de couleur qu'avec leur âge.

La *surface* des chéloïdes multiples est fort caractéristique, mais sa description a déjà été faite par nombre d'auteurs ; aussi ne nous arrêtera-t-elle pas longtemps. Schwimmer, Hutchinson parlent de ces arborisations vasculaires déjà signalées par Alibert et qui « parcourant la tumeur en stries rougeâtres, la font ressembler à la racine de la

rhubarbe de Chine » (Alibert). L'épiderme non altéré présente à la loupe les orifices des canaux des glandes sudoripares et sébacées. Les poils sont-ils conservés à la surface des chéloïdes? d'après Leloir, Kaposi, ils ne sont généralement pas détruits et dans certaines des observations que nous joignons à notre travail, la présence des poils est mentionnée; mais ils sont plus fins, plus soyeux, réduits à l'état de duvet. Les poils peuvent faire totalement défaut. Les chéloïdes que nous avons observées en étaient dépourvues, de même dans le cas rapporté par Langhans, la surface était dépourvue de poils, mais ces derniers, très abondants autour des tumeurs, leur formaient une sorte de collerette.

Comme tous les auteurs, nous avons observé que la fonction sudoripare était conservée au niveau des chéloïdes, c'est ce dont on peut se rendre compte par une injection de pilocarpine à 0,02 0/0.

La *consistance* spéciale qu'offrent les chéloïdes est un des caractères les plus remarquables de ces tumeurs. Tous les auteurs la notent et presque toujours dans des termes identiques. Cette sensation donnée par une chéloïde ne se retrouve ni dans les tubercules syphilitiques ni dans les sarcomes, le doigt croit palper un tendon un peu mou. La pression ne modifie pas cette consistance qui n'est d'ailleurs pas semblable dans toutes les plaies de la tumeur chéloïdienne. Elle augmente avec l'âge, sans jamais atteindre la consistance

presque osseuse de certaines plaques chéloïdiennes des cicatrices. Avec la consistance on peut apprécier la mobilité de la tumeur sur les parties sous-cutanées; la tumeur est enchâssée dans la peau et seulement dans la peau. En aucun moment de son évolution, elle ne contracte avec les parties sous-jacentes ces adhérences qu'on note si vite dans les tumeurs cancéreuses.

Les chéloïdes spontanées multiples sont en *nombre* très variable, mais toujours supérieur au nombre que peuvent atteindre, chez le même sujet, les chéloïdes d'origine nettement cicatricielle. Rien d'ailleurs de fixe. Dans les observations de chéloïdes spontanées multiples que nous avons lues, nous trouvons tous les intermédiaires entre 12 (Vidal) et 318 (de Amicis), Schwimmer en compte 105 (observ. V) Erasmus Wilson 39 (1), Kaposi, Cazenave 20, nous même, 77. etc.

Le *début* de la chéloïde spontanée multiple est fort bien décrit par Firmin. C'est celui que nous avons relaté dans nos observations : petite papule, tantôt plate, tantôt conique (obs. personnelle) très rouge et dure. On croit à un furoncle, mais la petite tumeur augmente, s'étale, conservant la même couleur, augmentant de consistance ; tantôt une seule tumeur se développe solitairement, tantôt il y a poussées simultanées de plusieurs chéloïdes qui alors apparaissent en des points symétriques (Leloir et Vidal).

(1) Diseases of skin. London, 1876.

On connaît la marche très lente de la chéloïde cicatricielle ; la chéloïde spontanée multiple progresse ordinairement plus rapidement, mais encore sur ce point aucune règle bien précise à établir, c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les observations que nous rapportons obser. I et II, personnelles, obs. III (de Amicis), observ. VIII (Firmin), le début date de un à trois ans et déjà certains éléments sont en régression ; par contre dans l'obser. VI (Hutchinson) le début date de vingt ans ; dans l'obs. XI (Dénériaz) (1) de trente ans et les tumeurs s'accroissent toujours. Cependant à notre avis, la chéloïde spontanée multiple est une dermatose qui marche beaucoup plus vite que la chéloïde cicatricielle. En peu d'années, les tumeurs atteignent leur complet développement qui n'est, quoi qu'on puisse en penser d'après l'observation de Crudell, d'ailleurs peu authentique, jamais considérable.

D'après Kaposi (2), la chéloïde a une durée indéterminée, et sa disparition spontanée ne serait notée que dans quelques cas très rares ; tel est aussi l'avis de tous les anciens dermatologistes (Alibert, Sedgwick, Cazenave). Dans la variété que nous étudions, la régression spontanée des tumeurs est notée, dans presque tous les cas elle a lieu dans les deux à quatre premières années de

(1) *Deneriaz*. Th. de Berne, 1887.
(2) *Kaposi. Loc. cit.*

la maladie. D'après Leloir « quand les chéloïdes doivent se résorber, elles deviennent plus pâles et plus molles, les bords qui étaient durs, saillants, commençent à s'affaisser pour arriver graduellement au niveau de la peau. En dernier lieu, le centre perd sa consistance et cesse de faire saillie », c'est le phénomène que décrit aussi Firmin et c'est bien celui auquel nous avons assisté.

La cicatrice que laisse derrière elle la chéloïde est blanchâtre et ridée, souvent nummulaire ; dans nos observations et dans celle de de Amicis, cette cicatrice était entourée d'un cercle brunâtre.

La chéloïde n'a en général aucune tendance à s'ulcérer : Tout au plus y voit-on survenir des ulcérations superficielles (Kaposi) nous avons cependant trouvé dans la littérature quelques observations de chéloïdes multiples ulcérées. Néanmoins nous croyons, avec tous les auteurs, que la chéloïde spontanée ne s'ulcère jamais. Dans les observations citées, il s'agit presque toujours d'erreurs de diagnostic (Vallerand de la Fosse, Crudell). Seul le cas de Hutchinson que nous rapportons (obs. VI) à cause de cette particularité même, nous paraît indéniable. Dans un cas, Dave (1) cite une chéloïde qui s'est ulcérée; mais, après examen histologique il l'appelle lui-même fibro-sarcome. Le cas de Jacobson (2) est encore

(1) *Dave*. Progrès médical, 1887.
(2) *Jacobson*. Langenbeck's archiv. XXX.

plus instructif, c'est celui d'une jeune femme portant sur chaque épaule une tumeur : une était intacte et portait tous les caractères d'une chéloïde spontanée, l'autre, symétriquement placée, était ulcérée et l'on avait porté le diagnostic de sarcome développé sur une chéloïde. Après leur extirpation et leur examen histologique, on constata qu'il s'agissait dans les deux tumeurs de sarcomes à cellules fusiformes. La grosse tumeur dont parle Crudell dans son observation de chéloïde spontanée multiple dont nous avons déjà parlé, avait crevé à son point le plus saillant et sécrétait un liquide jaunâtre et albumineux. Cette ulcération n'était probablement que le fait de la trop grande tension dans une grosse tumeur. Nous avons d'ailleurs, déjà pour ce cas-là, dit combien le diagnostic était douteux.

On sait qu'Alibert. dans sa première description de la chéloïde spontanée, assimilait cette tumeur aux cuacroïdes de la peau. Cette opinion qu'il abandonna le premier a été quelquefois reprise, en ce sens que certains auteurs (Lesser, Hutchinson) admettent la transformation de la chéloïde en tumeur maligne ; ils n'en veulent pour preuves que la récidive que l'on observe dans ces tumeurs, les douleurs lancinantes qu'elles provoquent, etc. Hutchinson (1) dit, en outre, avoir souvent trouvé des antécédents de cancer chez les proches parents des

(1) *Hutchinson. Loc. cit.*

personnes atteintes de chéloïdes spontanées multiples, et il a vu dans plusieurs cas des cancers se développer chez elles. Nous avons vainement cherché dans la littérature des cas probants à cet égard et nous croyons que, jusqu'à présent, il faut envisager la chéloïde comme une tumeur bénigne.

Chez nos malades, la surface des chéloïdes n'accusait pas une température supérieure à celle de la peau environnante, mais l'hyperthermie des chéloïdes a été signalée, notamment par Longmore. Chez un malade observé par Longmore (1) la température était de 94°5 Farenheit dans l'aisselle, de 89°5 sur la peau saine, de 91° à la surface des chéloïdes, soit une hyperthermie localisée aux tumeurs de 1° 5 Farenheit.

Comme le dit Besnier (2), la *récidive* de la chéloïde après toutes les tentatives d'extirpation et de destruction, constitue un caractère d'une telle importance qu'on doit le faire rentrer dans une définition de cette dermatose. On peut remarquer, en effet, à la lecture de nos observations que ce caractère est un des plus constants, il a donc une véritable valeur diagnostique dans la chéloïde spontanée multiple, la récidive n'offre rien de particulier, peut-être apparaîtrait-elle plus rapidement : dans notre observation I, au bout de 5 jours, les bords de la cicatrice commençaient déjà à se surélever.

(1) *Longmore*. Loc. cit.

(2) *Besnier*. Traduction de Kaposi, art. chéloïde.

Les *symptômes fonctionnels* sont assez effacés dans la chéloïde cicatricielle, il nous a semblé qu'ils étaient plus fréquents, plus tenaces, plus accentués dans la chéloïde spontanée multiple. Presque toutes nos observations les relatent. Ce sont des démangeaisons insupportables surtout le soir (obs. pers.), des piqûres d'épingle, des tiraillements bien localisés dans les tumeurs. La pression est le plus souvent douloureuse, et d'après nos observations nous comparerions cette douleur à celle que produit la pression d'un tubercule anatomique. La chaleur en général exaspère les douleurs (Deneriaz, Longmore), dans le cas de Longmore, l'application continue de la glace les faisait diminuer ; de même, notre malade n° II obtenait un certain soulagement des affusions d'eau froide.

Les symptômes généraux n'existent pas. Tous les auteurs anciens ou modernes s'accordent pour relater ce bon état général des malades. Pas de retentissements ganglionnaires. Mais les tumeurs peuvent rendre la vie très pénible par les difformités qu'elles occasionnent et les douleurs quelquefois insupportables dont elles sont le siège (Bazin, Hutchinson). Elles ne mettent pas la vie en danger : aussi le *pronostic* que nous en portons est-il très bénin.

Ajoutons que la chéloïde spontanée multiple est une dermatose très rare. La statistique de l'Association dermatologique américaine rapporte 24 observations de chéloïdes spontanées ou cicatriciel-

les sur 16.863 cas de maladies de la peau (1). Notre musée de Saint-Louis n'en contient qu'un seul exemple dû à Besnier, le moulage de Baretta montre à la région du tronc trois chéloïdes spontanées nettement nummulaires. Dans toutes nos recherches dans la littérature nous n'en avons pu rassembler que 26 cas bien nets.

(1) *Duhring*. Traité des mal. de la peau. Trad. Barthélemy, 1883.

(2) N° 762. Cheloïde spontanée multiple. Tronc. Besnier, 1881.

IV

Etiologie.

Nous diviserons ce chapitre en deux paragraphes bien distincts. Dans le premier, nous exposerons ce qu'il faut penser des causes prédisposantes de la chéloïde spontanée multiple ; le second, qui traitera des causes efficientes et de la nature de la maladie nous arrêtera plus longtemps.

1° *Causes prédisposantes.* — L'influence de l'*hérédité* a été admise par Alibert. Dans aucune des observations que nous publions, cette influence n'est signalée ; nous avons, à ce point de vue, interrogé nos malades avec grand soin. Le seul cas bien net que nous ayons lu où l'hérédité soit incontestable est celui d'Hébra, dans lequel quatre membres féminins d'une même famille étaient atteintes de chéloïdes spontanées qui, chez toutes, présentaient de la tendance à rétrograder.

Y a-t-il des influences de *races?* Burnett (1), Kaposi (2) répondent affirmativement. « J'ai observé, dit cet auteur, que chez certains individus, la tendance aux chéloïdes était en rapport avec la race. C'est ainsi qu'on a vu des familles de nègres dont tous les membres présentaient des chéloïdes à mesure qu'ils avançaient en âge. » D'après Legouest (3), cette fréquence des chéloïdes chez le nègre doit être attribuée non à une prédisposition de la race, mais à l'influence des climats chauds. Celle-ci est incontestable. Nous n'avons d'ailleurs trouvé aucune observation de chéloïde spontanée multiple chez le nègre.

Alibert avait déjà remarqué la plus grande fréquence des chéloïdes dans le sexe féminin. Ce fait a été contesté pour la chéloïde cicatricielle. Wilson, sur 6 cas, note 4 hommes et 2 femmes. Gintrac (4), sur 39 cas, 21 femmes, 18 hommes. D'après Bazin, si les femmes paraissent plus fréquemment atteintes de cette dermatose, cela tient à ce qu'elles consultent beaucoup plus que les hommes pour une pareille infirmité. Cependant, nous croyons la remarque d'Alibert bien fondée pour la chéloïde spontanée ; telle était aussi l'opinion de Hardy. Dans notre statistique, qui porte

(1) *Burnett.* Gazette médic. de Paris, 1854.
(2) *Kaposi.* Commun. orale au Congrès de Derm, 1889.
(3) *Legouest.* Article cicatrice in Dict. Dechambre.
(4) *Gintrac.* Pathologie interne, 1859, t. V, p. 609.

sur 26 cas de chéloïdes spontanées multiples, nous trouvons 10 hommes et 16 femmes, soit une proportion de 62 0/0 pour le sexe féminin.

Nous croyons encore avec Alibert que la chéloïde spontanée multiple est une maladie de l'âge adulte, c'est ce qui ressort de la lecture des observations que nous rapportons.

2° *Causes efficientes.* — Il nous est impossible de passer sous silence cette théorie toute moderne qui donne la première place dans les causes efficientes aux blessures faites à la peau. Pour certains de nos maîtres, les lésions de la peau, si légères soient-elles, sont non seulement une cause efficiente, mais une condition nécessaire à l'apparition des chéloïdes. En d'autres termes, pour ces auteurs, Besnier (1), Barthélemy (2), Hutchinson (3), pas de chéloïdes strictement spontanées. Il est incontestable que le plus grand nombre des chéloïdes observées sont consécutives à des blessures, et les observations abondent de chéloïdes survenant à la suite de traumatismes insignifiants de la peau : une piqûre d'épingle (Hardy Ory), une égratignure (Alibert), le psoriasis (Purton) (4).

(1) *Besnier.* Réunion hebdomadaire de méd. de Saint Louis. Ann. de der., 1888.

(2) *Barthelemy.* Trad. des mal. de la peau de Duhring. Art. chéloïde.

(3) *Hutchinson. Loc. cit.*

(4) *Purton.* Schmidts Jahrbücher, 1883, II.

Mais de ce que, dans la majorité des cas, la chéloïde résulte d'une blessure, doit-on conclure que les chéloïdes sont cicatricielles? Nous ne le croyons pas et nous exposerons, dans un instant, les raisons qui nous font admettre avec Vidal, Kaposi, Hardy, comme vraie l'ancienne division d'Alibert.

Faire de la chéloïde une dermatose toujours consécutive à une lésion de la peau, c'est en faire une affection d'origine parasitaire : par les points lésés s'introduisent certains microbes pathogènes de l'extérieur qui pullulent en restant cantonnés dans le derme. Cette théorie a réuni ces dernières années beaucoup de partisans qui se sont efforcés de découvrir dans les chéloïdes des micro-organismes spéciaux. Ces recherches n'ont jamais abouti et nous ne pourrions citer que deux faits, eux-mêmes peu probants, à l'appui de l'origine infectieuse des chéloïdes :

1° Dans des chéloïdes cicatricielles, consécutives à des trajets fistuleux tuberculeux, Ledrain (1) a vainement cherché le bacille de Koch, mais « un jeune lapin ayant reçu sous la peau du ventre une parcelle de chéloïde, mourut le 68e jour, après avoir présenté, au bout de cinq semaines, un petit tubercule au point de l'inoculation. Il existait à l'autopsie du lapin une granulie de la rate. »

2° Dans un cas de chéloïde cicatricielle de la

(1) *Ledrain*. Bull. de la Soc. de biologie, 9 juin 1893.

nuque, le docteur Giorgio Marcassi (1) a trouvé des microcoques réunis en zooglées et auxquels il n'hésite pas à attribuer un rôle efficace dans le développement de la chéloïde. Comme dit M. Thiberge, à propos de cette observation, la conclusion de G. Marcassi est bien prématurée.

Il y a longtemps qu'on a prononcé, à propos des chéloïdes spontanées multiples le mot de diathèse. Pour Bazin, la chéloïde multiple serait une des manifestations de la diathèse fibro-plastique, qui ne serait-elle même qu'une des formes de la scrofule (2). Bazin range donc la chéloïde parmi les scrofulides malignes ; du vivant de l'auteur, cette conception fut battue en brèche ; lui-même reconnut plus tard que « la chéloïde s'y trouvait comme isolée et hors de cadre, sans raison ni place marquée et qu'en un mot elle obéissait à une autre impulsion et tirait d'une autre source sa raison d'être et son activité ». Hardy (3) s'était toujours opposé à cette théorie de la diathèse fibroplastique. Kaposi et Schwimmer n'en parlent pas, quoique ce dernier soit cependant disposé à admettre une prédisposition spéciale. Pour nous, de toutes les observations de chéloïdes spontanées multiples que nous avons rassemblées, une seule (obs. VIII) se rapporte à un sujet tuberculeux.

(1) *G. Marcassi.* Normale italiano della mal. vener. et della pelce, sept. 1888.

(2) *Bazin.* Leçons sur la scrofule, in Revue médicale 1857.

(3) Commun. orale, in Congrès de Derm, 1889.

Il n'en est pas de même de la *syphilis*. Il est incontestable que la syphilis prédispose aux chéloïdes cicatricielles, en d'autres termes les ulcérations syphilitiques donnent, dans une proportion assez notable, naissance aux chéloïdes. Voici le résumé d'un travail de statistique auquel nous nous sommes livrés sur ce point particulier de syphiligraphie. Nous avons pris au hasard 75 cas de chéloïdes cicatricielles ou spontanées, où l'étiologie était nettement indiquée ; sur ces 75 malades (52 femmes et 23 hommes), 16 étaient syphilitiques. Soit près de 21 0/0 où les chéloïdes étaient nées chez des syphilitiques soit d'emblée, soit sur des ulcérations spécifiques. On reconnaîtra qu'il y a là plus qu'une coincidence et cependant aucun des syphiligraphes français que nous avons consultés, n'en parle. Mais en Amérique, Taylor (1) a consacré à ce sujet une intéressante communication avec figure. « D'après mon expérience, dit Taylor, les chéloïdes consécutives à la syphilis ne sont pas très rares. Je les ai trouvées dans 1/2 0/0 de tous mes cas de syphilis ». Il y a donc là une véritable relation de cause à effet entre la syphilis et le processus chéloïdien. Nous serions enclins à attribuer un réel pouvoir étiologique à la syphilis dans ces cas où le développement des chéloïdes multiples a lieu chez un syphilitique. Tel est le

(1) *Taylor*. Journal of cutaneous venereal diseases, 22 mai 1883, p. 308.

cas d'un de nos malades (obs. II). Tel est le cas rapporté par Firmin (1). Tels sont les deux cas que cite Longmore (2) : dans le dernier où les chéloïdes sont indiquées comme spontanées, il s'agit d'une jeune fille qui avait été violée par un homme reconnu plus tard syphilitique. Enfin, dans les quatre observations recueillies par de Chapelle (3), chez des syphilitiques du service de Verneuil, à Lourcine, il y en a une (la I[re]) où les chéloïdes apparaissaient d'*emblée*.

Pick (4), qui s'est occupé de cette question, prétend que dans les cas cités plus haut, les auteurs ont mal observé ; il s'agissait de grosses papules (knoten syphilis), comme on a très souvent l'occasion d'en voir, qui peuvent s'ulcérer et que le traitement spécifique guérit très bien. Cette objection de Pick peut être faite, elle sera même admise par beaucoup, mais les caractères distinctifs de la chéloïde spontanée sont assez tranchés ; ainsi, l'ulcération n'a jamais été observée dans ces cas ; le traitement spécifique est toujours inefficace ; de plus, et ceci, à notre avis, tranche la question, Schwimmer (5) a publié les examens histologiques

(1) *Loc. cit.*, obs. II.

(2) *Longmore.* Med. chir. Transactions XLVI.

(3) *De Chapelle.* Journal de méd. de Bordeaux, 1863, 8e année, p. 160.

(4) *Pick.* Wien med. wochenschrift XVII, 1867.

(5) *Schwimmer.* Art. chéloïde de la mal. de la peau de Ziemssen.

de cas semblables où il établit l'existence du tissu chéloïdien dans l'intérieur des tumeurs examinées.

En résumé, nous croyons, avec notre maître, M. Tenneson, qu'il y a des cas où la syphilis joue un certain rôle dans l'étiologie des chéloïdes spontanées. Ces tumeurs deviendraient, ainsi que le tabes, les atrophies musculaires, etc., une de ces affections que le professeur Fournier (1) a si bien nommées *parasyphilitiques*.

Une autre théorie a été encore invoquée dans la pathogénie des chéloïdes spontanées multiples, nous voulons parler de l'orifice trophonévrotique de ces tumeurs. Déjà Velpeau (2) admettait comme phénomène primordial, dans le développement de la maladie, « un vice ou une aberration de la sensibilité nutritive » (*sic*) ; de Amicis, Vidal, Hardy, Tenneson se montrèrent partisans de la trophonévrose. Nous nous rattachons pleinement à cette théorie.

La connaissance des trophonévroses cutanées est de date récente ; « parmi les dermatoses, il en « est très peu dont l'origine nerveuse puisse être « affirmée incontestablement, quoique différentes « raisons cliniques puissent le faire présumer pour « un certain nombre d'entre elles » (Leloir (3).

(1) *Fournier*. Recherches sur la syphilis tertiaire, 1889, p. 14.

(2) *Velpeau*. Cité par Firmin.

(3) *Leloir*. Art. trophonevrose, in dict. Jaccoud.

Ces raisons cliniques les voici d'après Leloir (1).

1° Fréquence, chez les sujets, de tares diverses du système nerveux (émotivité, migraines, névralgies, crises hystériques).

2° Symétrie de l'affection cutanée (2).

3° Distribution de l'affection cutanée paraissant en rapport avec le trajet des nerfs.

4° Altération de la sensibilité dans ces affections (3).

Ces raisons cliniques que Leloir, Rendu, Testut, assignent aux trophonévroses cutanées, la chéloïde spontanée multiple les possède certainement ; c'est ce dont il est facile de se convaincre en lisant les observations que nous publions. Bazin, Hutchinson, de Amicis notent le tempérament nerveux des sujets, nos observations personnelles en sont de beaux exemples. La symétrie des tumeurs ou leur distribution selon le trajet d'un nerf a été observée par Kaposi dans son ouvrage ; par Ory (obs. IV), par Schwimmer (obs. V), par de Amicis (obs. III), par Vidal (observation citée), par nous (obs. I et II). Enfin nous avons déjà insisté sur les altérations de la sensibilité que tous les auteurs ont observées très accentuées dans la chéloïde spontanée multiple. Leloir est très partisan de cette pathogénie et il cite à son appui, les obser-

(1) *Leloir.* Th. de Paris, 1881.

(2) *Testur.* De la symétrie des aff. cutanées. Th. de Paris, 1877.

(3) *Rendu.* Annales de Berne, 1873-74.

vations de Kahler (1), qui à propos d'un cas de syringomyélie, fit remarquer le développement de chéloïdes symétriques sur les extrémités supérieures et sur les épaules. D'après Kahler, c'était là un symptôme caractéristique de la syringomyélie. « Nous devons dire, ajoute Leloir (2), que sur six malades atteints de syringomyélie observés par Déjérine, que nous avons consulté à ce sujet, pas un n'était atteint de chéloïdes. »

Nous croyons avoir clairement établi que tout concorde dans la clinique à faire de la chéloïde spontanée multiple une trophonévrose ; mais pour être affirmée, cette origine a besoin encore de la consécration anatomo-pathologique. « Nous avons, dit Leloir, dans deux cas, examiné avec soin d'après la technique que nous avons indiquée dans notre thèse sur les affections cutanées d'origine nerveuse, les filets nerveux qui se rendent à la périphérie de la tumeur ; nous n'avons pu constater aucune altération au niveau de ces filets nerveux. » Mais pareille lacune n'existe-t-elle pas encore pour la sclérodermie, pour la morphée, que tout le monde s'accorde aujourd'hui à classer parmi les trophonévroses cutanées ?

(1) *Kahler*. Société médic. de Vienne. In sem médic., 5 fév. 90.
(2) *Leloir*. Annales de dermat., 1890, p. 193.

V

Diagnostic.

Il est certain que le diagnostic de la chéloïde spontanée multiple pourra présenter quelques difficultés, surtout pour ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'observer auparavant cette dermatose. Or elle est rarement observée, non seulement parce qu'elle est peu fréquente, mais surtout parce que la bénignité de ses symptômes fait que la plupart des sujets supportent patiemment leur mal sans consulter : aussi les erreurs de diagnostic sont-elles signalées par tous les auteurs (Bazin, Schwimmer, etc.). Dans l'observation de Bazin « la maladie avait été prise par un professeur de la Faculté pour une éruption syphilitique », de même dans l'obser. V (Schwimmer). Telle est, en effet, la confusion la plus facile à commettre. La chéloïde spontanée multiple ressemble aux syphilides papuleuses : cependant, des caractères bien nets différencient les deux affections et ce sont ces différences que nous voulons mettre en lumière.

Et d'abord les papules syphilitiques sont le plus souvent plus nombreuses que les chéloïdes. Cette symétrie que nous trouvons signalée dans plusieurs de nos observations et à qui nous avons accordé une certaine importance pathogénique, n'a été notée dans aucun cas de syphilide papuleuse. La couleur des tubercules syphilitiques est cuivrée, jamais blanc nacré, brillante. Leur forme constamment nummulaire ; jamais de ces formes cylindracées (Alibert), de ces prolongements que toutes nos observations relatent en plus ou moins grand nombre. Les syphilides s'exfolient à leur surface et la collerette de Biett ne leur manque pour ainsi dire jamais. D'après Rendu, « au point de vue de la transmission des impressions tactiles, on ne remarque ni au centre ni à la périphérie des syphilides papuleuses aucune différence avec les parties saines environnantes (1) » ; or nous avons décrit les troubles sensitifs dans la chéloïde spontanée multiple est constamment le siège ; jamais en outre les syphilides papuleuses ne sont le siège de douleurs spontanées, elles s'ulcèrent presque toujours dans le cours ultérieur de la maladie, ce qui n'arrive jamais aux chéloïdes spontanées multiples. Nous avons vu enfin que le traitement spécifique n'avait aucune action sur les chéloïdes multiples, au contraire les syphilides papuleuses cèdent facilement à l'action interne du

(1) *Rendu. Loc. cit.*

mercure surtout aidée par un emplâtre hydrargyrique. Dans le service de M. Tenneson nous avons souvent vu des syphilides papuleuses fondre littéralement sous le Vigo. Nous ne parlerons pas des commémoratifs, de la coexistence d'autres accidents syphilitiques ; en effet, nous avons vu que les deux affections pouvaient cohabiter chez le même sujet ; nous avons même attribué à la syphilis un rôle étiologique dans la maladie qui nous occupe. Sans doute, dans les cas où la chéloïde spontanée multiple se trouve chez un syphilitique une erreur de diagnostic est facile, elle n'aurait pas d'inconvénient, car en pareil cas, il n'est pas contre-indiqué de soumettre le malade au traitement pendant quelques semaines.

Au dire de Hardy (1), on peut confondre la chéloïde spontanée multiple avec les *nœvi* et les *verrues*. Nous ne croyons pas cette difficulté de diagnostic bien réelle. Les nœvi sont beaucoup plus colorés, leur consistance n'a rien de comparable à celle des chéloïdes, de même pour les verrues, les éléments d'un diagnostic différentiel abondent.

On sait qu'Addison a décrit sous le nom de chéloïde vraie (true kéloïd) une dermatose aujourd'hui bien décrite sous le nom de sclérodermie en plaques ou morphée et classée dans les dermatonévroses : c'est la chéloïde blanche de Bazin.

(1) *Hardy*. Art chéloïde, dict. Jaccoud.

Nous n'établirons point le diagnostic différentiel entre cette affection et la chéloïde spontanée multiple. Les caractères objectifs de la variété qui nous occupe ne prêtent nullement à la confusion.

L'erreur serait bien plus sérieuse au point de vue du pronostic et du traitement si l'on confondait la chéloïde spontanée multiple avec les *tumeurs malignes* de la peau. Le doute d'ailleurs ne peut exister que dans les débuts de l'affection : plus tard, nous nous trouvons en présence de symptômes tout à fait différents, dépendant surtout du caractère bénin des tumeurs chéloïdiennes : Les *cancroïdes* de la peau peuvent aussi commencer sous forme de tubercules arrondis et proéminents ; ils ne forment cependant que rarement une tumeur bïen limitée à cause de l'infiltration de la peau qui s'étend au loin (Wirchow, Cornil et Ranvier). La douleur peut exister au même degré dans les deux affections : la marche plus rapide du cancroïde, l'ulcération qui ne va pas tarder à se faire, l'infection des ganglions voisins, le retentissement sur la santé générale (amaigrissement, teinte jaune-paille) permettront bientôt au diagnostic de se préciser.

Cependant avec certains *sarcomes fasciculés*, le diagnostic est parfois impossible, nous voulons parler de ces tumeurs dont « l'accroissement est moins rapide que celui des autres sarcomes (Henocque (1) et dont les généralisations d'ailleurs

(1) *Henocque*. Art. Sarcome, in Dict. Dechambre.

presque constantes, se font souvent attendre de longues années ». La morphologie de ces sarcomes multiples de la peau est souvent celle de la chéloïde spontanée multiple ; et l'examen histologique lui-même ne met pas à l'abri de toute confusion (Wirchow).

Dans la majorité des cas, le diagnostic entre la chéloïde spontanée multiple, et les chéloïdes cicatricielles, se fait facilement par les commémoratifs, les caractères cliniques, l'anatomie pathologique. Mais ces trois éléments de diagnostic différentiel peuvent se trouver en défaut dans certains cas : nous voulons parler de ces chéloïdes survenues après des blessures insignifiantes du tégument externe, piqûres de bretelle (Firmin) d'épingle, (Pfiffard (1). Ces tumeurs sont bien rarement multiples et dans ces cas, elles possèdent des caractères de forme, de couleur, de distribution qui feront pencher le diagnostic dans un sens ou dans un autre.

(1) *Pfiffard.* Archiv. of. Derm, 1880.

VI

Traitement.

Le grand nombre de traitements préconisés contre les chéloïdes est la meilleure preuve qu'on puisse donner de la ténacité de la maladie et de l'impuissance des efforts dirigés contre elles. Ces traitements peuvent se ranger sous deux titres :

1° Traitements médicaux.

2° Traitements chirurgicaux.

Nous exposerons, chemin faisant, les diverses médications auxquelles, avec l'autorisation de notre maître, nous avons soumis nos malades.

Parmi les traitements internes dont on attendait certains rèsultats, nous avons cité le traitement spécifique que M. Tenneson prescrivit à diverses reprises à ses deux malades. Il ne donna pas de résultat. Nous croyons néanmoins qu'il serait bon, dans des cas pareils de chéloïde spontanée multiple, de donner le traitement quand on soupçonne chez le malade l'infection syphilitique.

Les traitements toniques (noix vomique, arsenic) n'ont eu d'effet que sur l'état général.

Nous avons appliqué sans succès les divers emplâtres : emplâtres de Vigo à l'oxyde de zinc, emplâtre rouge et ils n'ont même pas réussi contre l'élément douleur.

C'est cependant à combattre ce symptôme que doivent se borner les efforts du traitement médical. Hébra conseille l'emplâtre suivant :

Emplâtre de Vigo } ââ 15 gr.
— de mélilot }

Etendez sur un linge et soupoudrez avec poudre d'opium pur 1 gr. 50.

On peut aussi user des applications narcotiques (chloroforme, huile de jusquiame, pommade à l'extrait d'opium) ou d'applications froides. C'est ce que préférait le malade de l'obs. II. Nous avons déjà signalé le cas de Longmore où la glace calmait les douleurs et faisait diminuer les tumeurs. En résumé, ce qui ressort de nos observations, c'est que, contre la douleur, le médecin est le plus souvent désarmé. Telle était l'opinion des anciens dermatologistes qui employaient vainement les emplâtres de pulpes fraîches de morelle, de jusquiame, de belladone. Alibert pour soulager ses malades a vainement varié ces topiques à l'infini. Faut-il à l'exemple de Bazin (obs. IX) conseiller les bains de mer ? ou comme Quinquaud qui en a publié

un succès (1) préconiser les douches sulfureuses chaudes ? Ce dernier traitement suivi 10 jours par un de nos malades (obs. I) a plutôt aggravé son état.

De bonne heure, on a appliqué sur les tumeurs chéloïdiennes les caustiques les plus variés : pâtes de Vienne et de Canquoin, badigeonnages d'iode (Firmin Kaposi), pommade à la résorcine à 1 0/0 (Andeer) (2), collodion au bichlorure de mercure dans la proportion de 1 pour 30 ou de 1 pour 20 (A.-G. Browning) (3).

Browning déclare son moyen supérieur à tous les autres. On applique une couche épaisse de collodion tous les 4 ou 5 jours et la guérison complète est obtenue au bout de 3 à 6 applications, après une irritation insignifiante. Nous avons essayé le traitement sur notre premier malade (ob. I) en employant une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 40. Une demi-heure après le badigeonnage de deux chéloïdes, le malade éprouve de si vives douleurs qu'on lui enlève la couche collodionnée avec de l'éther, il s'était déjà formé deux eschares assez étendues. Est-ce notre malade qui a la peau trop sensible ou la proportion est-elle encore trop forte bien que diminuée de moitié ? Nous ne saurions en tout cas que nous élever contre le traitement de Browning.

(1) *Quinquaud.* Ann. de Derm.

(2) *Andeer.* Central. für med. Wissenschaft, 1888, n° 42.

(3) *A. G. Browning,* The treatment of keloid. Med Record, 10 mai 1890, p. 52.

Dans ces dernières années, le docteur Hardaway qui s'occupe du traitement des dermatoses par l'électrolyse, a préconisé ce moyen contre les chéloïdes spontanées (1), il a cité plusieurs guérisons. M. Brocq a obtenu des succès dans les chéloïdes cicatricielles. Nous avons essayé ce traitement sur le malade de l'ob. II, nous n'avons pas observé de diminution des chéloïdes ; il est vrai que, d'après Hardaway, l'amélioration peut ne se manifester que plusieurs mois après le traitement. Ce que nous pouvons dire, c'est que dans les chéloïdes électrolysées, les douleurs diminuent, le fait vient d'être signalé par Leloir (2) qui a observé les bons effets de l'effluve électrique sur les prurits rebelles.

Les traitements chirurgicaux mis en œuvre jusqu'ici n'ont pas donné non plus de résultats très brillants. « Quand on enlève les chéloïdes par excision ou à l'aide de la cautérisation, elles récidivent régulièrement ; aussi ne doit-on se décider qu'avec la plus grande réserve à intervenir chirurgicalement » (Kaposi) (3) Nous croyons Kaposi d'autant plus dans le vrai qu'il s'agit pour nous de chéloïdes spontanées multiples. Nos deux tentatives d'ablation ont été suivies de récidive dans les 8 jours et nous ne croyons pas que la recommandation de Velpeau (4) de faire porter l'incision

(1) *Hardaway.* Philadelphia medical, Times, 29 mai 1886.

(2) *Leloir.* Académie des sciences, 13 juin 1893.

(3) *Kaposi, loc. cit.*

(4) In th. de Firmin.

bien au delà de la tumeur, sur le tissu sain, de façon à enlever complètement le néoplasme, empêche beaucoup la récidive. Signalons le succès de Schwimmer. Dans un cas (obs. X) Schwimmer enleva à la curette tous les néoplasme et cautérisa énergiquement les bords de la plaie au thermocautère. Cinq mois après, aucune nodosité ne s'était encore reproduite, mais une si longue et si douloureuse opération est-elle vraiment à préconiser et le remède n'est-il pas pire que le mal ?

Chacun connaît aujourd'hui le traitement que Vidal a institué contre les chéloïdes : « des scarifications quadrillées atteignant toute la profondeur de la tumeur ; d'abord assez éloignées les unes des autres puis vers la fin plus rapprochées. On peut réitérer tous les huit jours, sauf le cas d'inflammation, le pansement accessoire sera fait avec le sparadrap de Vigo » (Vidal) (1).

D'après Vidal, le traitement demande quelques mois. Dès les premiers jours les douleurs cessent et la chéloïde ne tarde pas à s'affaisser. Toutes les observations de Vidal sont concluantes (2), mais nous n'en avons trouvé aucune où le traitement se soit attaqué à des chéloïdes spontanées multiples. Chez ces malades où la moindre écorchure est l'origine de chéloïdes, où la sensibilité est vivement surexcitée, les scarifications auraient-elles d'aussi

(1) *Vidal.* Annales de Derm, 1890, p. 197.
(2) *Vidal.* France médicale, 1881, p. 736 et 783.

bons résultats que dans les cas de chéloïdes cicatricielles rapportés par Vidal ? Il est permis d'en douter sans rien affirmer, car nous n'avons pas osé entreprendre les scarifications chez nos malades, tous deux très craintifs.

En résumé, nous croyons que dans la chéloïde spontanée multiple, le traitement doit se borner à être palliatif, pommades narcotiques ou applications froides. Ne pas oublier d'ailleurs que dans cette variété de chéloïdes, la résolution est la règle et que, d'autre part, toute tentative d'excision est presque toujours suivie de récidives plus volumineuses et plus douloureuses que la tumeur primitive.

OBSERVATION III

Chéloïde spontanée multiple, par de Amicis, dé Naples. — (In comptes-rendu du Congrès de Dermatologie de 1889, p. 93.)

Françoise-Sartorio-d'Altavilla Irpina, 27 ans, nubile, rentière. Elle a son père et sa mère, deux sœurs et trois frères, tous vivants et parfaitement sains; a eu quelques frères qui moururent en bas-âge de maladies qu'elle ne sait pas définir.

Elle ne paraît pas avoir joui dès son enfance d'une bonne santé, car à l'âge de trois ans, elle ne pouvait pas encore se tenir sur ses jambes qui semblent avoir une certaine tendance à se courber, ce qui força le chirurgien à lui mettre un appareil. Elle grandit, mais elle resta toujours maladive, vit se manifester une dyspnée qui, tantôt plus, tantôt moins forte ne l'a jamais abandonnée jusqu'à cette époque, augmentant avec la plus légère fatigue diminuant avec le repos. De temps en temps, elle a été sujette à des fièvres de peu d'importance et à des angines tonsillaires.

A 13 ans, elle fût atteinte d'une névralgie sus-orbitaire à droite qui lui dura à peu près 5 ou 6 mois, sans pouvoir trouver de soulagement dans l'emploi des préparations de quinine; dans la suite, cette douleur se manifestait habituellement presque chaque mois, pendant un temps plus ou moins long. En même temps, elle se plaignait continuellement d'un sentiment de malaise, de prostration

générale et de torpeur. A 14 ans, ses règles apparurent pour la première fois, mais avec une grande irrégularité soit dans la quantité. soit dans la durée. Quelques années après, elle eût à souffrir d'une éruption de furoncles disséminés sur presque toute la surface cutanée, et d'une douleur excessivement intense au côté gauche, qui la contraignait de marcher courbée sur ce côté. A 19 ans, outre ce sentiment continuel de malaise, de prostration et de torpeur, il se manifesta une violente palpitation cardiaque accompagnée d'une sensation douloureuse à la région précordiale, et une violente dyspnée qui ne lui permettait pas de rester un instant avec les fenêtres fermées, ni de mettre son corset et pas même son jupon.

Elle souffrait ainsi 5 ou 6 mois, pendant lesquels elle était sujette à tomber dans une sorte d'assoupissement pendant quelques heures, au point de n'avoir aucune conscience de ce qui se passait autour d'elle. La palpitation cardiaque disparue, elle fut prise d'une bronchite aiguë, avec une fièvre violente, toux, expectoration abondante, et en même temps catarrhe gastro-intestinal accompagné de douleurs intestinales, de vomissements et de diarrhée. La durée de ces deux maladies fut de 2 à 3 mois.

Elle n'en était pas encore complètement guérie qu'elle commença à être prise de convulsions générales avec des accès très fréquents qui, une fois cessés, la laissaient dans un état d'assoupissement qui durait quelques heures et même un ou deux jours, temps pendant lequel elle n'entendait rien de ce qui se passait autour d'elle. Quelquefois alors qu'elle se trouvait dans cet état, l'abdomen se tuméfiait énormément avec sensation de serrement à l'épigastre et de froid aux pieds.

Telle était, dans cet état, la perte de la sensibilité, que pour la lui rendre, on lui appliquait des sinapismes aux jambes, aux cuisses, à la poitrine, à la nuque, mais en vain ; elle ne sentait rien. Les convulsions générales suivies de cet état sérieux durèrent à peu près une année.

Pendant 8 ou 10 mois consécutifs, elle eut à souffrir d'un autre état d'assoupissement un peu différent de celui dont nous venons de parler, en ce qu'il avait un caractère d'intermittence à heures fixes (par exemple : cet assoupissement la prenait un jour à 10 heures du matin, il durait 4 ou 5 heures, et le jour suivant à la même heure il la reprenait). Cependant dans cet état, elle avait conscience d'elle même, s'apercevait de tout ce qui se passait autour d'elle, entendait les paroles qu'on lui adressait; bien plus quelquefois aux questions qu'on lui faisait, elle répondait affirmativement ou négativement en baissant la tête.

Cet état une fois cessé, elle fut de nouveau attaquée de catarrhe gastro intestinal avec atonie et d'une constipation si obstinée qu'elle restait presque un mois sans aller à la selle. Le tout accompagné d'une aménorrhée et quelquefois de vomissements de sang.

Il y a 5 ans (avril 1884) à l'âge de 24 ans, à la suite d'une violente impression morale, elle commença graduellement à éprouver une certaine difficulté à avaler les aliments et finit par ne plus pouvoir les avaler : état compliqué d'une rétention d'urine et d'une constipation complète ce qui rendit nécessaire pour la nourrir, l'emploi de la sonde gastrique et celui du cathéter pour la faire uriner. Cet état dura environ 2 mois, pendant lesquels, elle fut admise à l'hôpital de Palerme. Là, à la disparition de ces phénomènes morbides, elle commença à avoir des accès de manie furieuse durant lesquels elle poussait des

cris assourdissants se débattait, ne reconnaissait même pas ses parents, et ne répétait rien autre chose que le nom de son père qu'elle voulait à tout prix aller rejoindre, car dans ce moment, il était éloigné de sa famille. Cet état dura deux mois, après quoi elle fut atteinte de catalepsie qui dura aussi environ 2 mois, pendant lesquels on la nourrit avec des lavements nutritifs. Elle eut alors une longue et véritable métrorrhagie (septembre 85).

De retour à la maison paternelle (mars 86), elle fut de nouveau reprise de convulsions générales ; 15 jours avant qu'elles ne commençassent, elle perdit entièrement la parole ; ces convulsions étaient toujours précédées d'une crise hystérique pendant laquelle on réusissait par des injections hypodermiques de cocaïne et d'atropine, à empêcher l'accès convulsif de se produire, ou au moins à en abréger beaucoup la durée. C'est dans ces conditions qu'elle fut admise dans la première clinique médicale de Naples. Elle y resta du 25 mars au 10 avril 86, temps pendant lequel elle fut atteinte de convulsions, dysphagie, rétention d'urine, et constipation. Plusieurs fois, on l'hypnotisa avec suggestion d'avaler de l'eau ; en effet, à son réveil, elle demanda à boire et émit l'urine spontanément.

Sortie de la clinique et de retour dans son pays, elle fut reprise par les convulsions, la dysphagie, la rétention d'urine et la constipation. Ce qui motiva son envoi à la 1° clinique, où elle resta du 12 mai au 16 juin ; hypnotisée de nouveau, elle se remit. Mais, un beau jour, voulant absolument sortir de la clinique, et n'en ayant pas obtenu la permission, elle refusa toute nourriture et ne prenait pendant toute la journée que de petits morceaux de neige. Sortie enfin de la clinique et retournée dans son pays, elle

fut atteinte de bronchite aïgue avec fièvre et expectoration abondante, puis cette bronchite devint subaigüe et chronique, et lui dura jusqu'à octobre 1886. Pendant ce temps et depuis le mois de juin à octobre, les convulsions générales ne la quittèrent pas, ce qui força à lui continuer les injections hypodermiqües de cocaïne, de curare, et d'atropine.

Ce fut alors (*Juillet* 1886) que commença à se manifester sur les régions scapulo-humérales d'abord, et ensuite sur les bras. l'éruption qu'on y observe encore, éruption à làquelle ne firent attention ni elle ni d'autres, attribuant ces éminences tuberculeuses aux injections pratiquées: mais, comme l'éruption cutanée commença graduellement à s'étendre sur des endroits dans lesquels on n'avait jamais pratiqué d'injections et occupait la poitrine, l'abdomen et les membres infèrieurs, elle attira l'attention des médecins, et comme la bronchite persistait avec la fièvre, ils lui conseillèrent de retourner à Naples, où elle fut admise dans les salles de bienfaisance de l'hôpital-clinique. Là, on lui fit des injections hypodermiques de sublimé corrosif.

Elle resta à l'hôpital-clinique du 9 mars au 6 février 1887 et sortit sans que la fièvre eût cessé. De là, elle passa a l'hôpital de S.-Eligio, puis de nouveau dans les salles de bienfaisance du mois d'avril au mois de juin 1887, toujours avec la fièvre. qui ne la quittait jamais, et l'éruption qui persistait, s'augmentant de nouvelles éminences. Elle retourna dans son pays, et puis le 12 décembre, elle vint à Naples et fut admise à l'hôpital des Incurables, et là on lui pratiqua également des injections hypodermiques de sublimé, que l'on dût suspendre. De là, elle passa dans la section dermato-syphilopathique confiée à mes soins, et

après elle fut admise à la Clinique universitaire vers la moitié de février 1888.

État actuel — C'est une femme de bonne constitution, avec des muscles bien développés, tissu adipeux suffisant. Coloration de la peau : blanc rosé vif; muqueuses apparentes : rose pâle.

Examen de la surface cutanée, etc. — A l'examen de la surface cutanée du tronc et des membres inférieurs, on est frappé de la vue d'une éruption qui occupe à peu près symétriquement la région scapulo-humérale des deux côtés et les régions des bras, surtout sur leurs faces antérieure, externe et postérieure. Dans cet endroit, on voit l'éruption constituée par quelques éminences variant dans leur grandeur depuis le volume d'un gros grain de chenevis jusqu'à celui d'un pois chiche, dont quelques-unes sont plus arrondies, d'autres plus plates, et n'atteignant que l'élévation d'une maculopapule, d'une couleur variant entre le rose légèrement teinté de violet, et le rouge blanc plus ou moins foncé.

Ces éminences, diffèrent encore dans leur consistance; celles moins évidentes, plus planes donnent au toucher la sensation d'une petite infiltration, offrant un peu plus de consistance que le tissu cutané voisin, tandis que la consistance augmente beaucoup dans celles qui sont plus protubérantes, au point d'acquérir dans quelques unes une consistance manifestement fibreuse, presque cartilagineuse.

En palpant, il est facile de reconnaitre que le siège de ces infiltrations et de ces tubercules est dans l'épaisseur de la peau, dans le derme et nullement dans le tissu sous-cutané : seulement quelques-unes de ces éminences ne sont pas arrondies, mais au contraire, ont une forme plutôt allongée,

brillantes dans le milieu, au point de ressembler aux pierres appelees « œil de chat, » comme dans la région sous-clavière gauche et dans le commencement du sillon intermammaire où elles rappellent l'aspect de courts cordons fibreux; ce sont les éminences les plus anciennes.

Peu de ces éminences indiquent une phase régressive, marquée par une involution de l'infiltration avec une forme de cicatrice très superficielle, ressemblant beaucoup aux cicatrices appelées atrophiques des tubercules syphilitiques non ulcérés. La peau des mamelles est parfaitement indemne, sauf la mamelle gauche. A part quelques éminences vers la partie supérieure des mamelles, et aussi sur tout l'abdomen, on ne peut pas dire qu'on se trouve en présence d'éminences tuberculeuses véritables, mais qu'on a seulement sous les yeux, quelques taches pigmentaires de couleur rose brunâtre et quelques petites cicatrices de l'aspect ci-dessus décrit. Rien sur les fesses ni sur la région lombo-sacrée. Egalement sur la partie postérieure du tronc, il n'y aurait rien à remarquer s'il n'y avait pas quarante petites places cicatricielles, vingt de chaque côté, disposées symétriquement, de forme allongée, restes des injections hypodermiques mal exécutées ; tandis que plusieurs de ces points cicatriciels ont l'aspect de cicatrices plutôt planes et de forme rayonnée, quelques autres sont plutôt relevées d'un aspect chéloïdien avec consistance fibreuse, analogue à la consistance mentionnée dans ces tubercules de forme plutôt allongée, dont nous avons parlé dans la description des régions des bras et de la région scapulo-humérale. Rien sur les deux tiers supérieurs des cuisses ; de rares éminences tuberculeuses sur le tiers inférieur et de préférence sur la région externe un peu plus nombreuses quoique pourtant en nombre

beaucoup moindre, eu égard à celles des bras ; ce sont celles-là qui occupent les jambes sur leur surface interne correspondant aux mollets, où presque toutes indiquent une phase involutive. La pression au doigt sur ces éminences de forme différente arrive à les faire pâlir pour un moment.

La malade assure ressentir, à chacune de ces petites tumeurs, des douleurs intermittentes comme des piqûres d'épingle.

Le nombre des tubercules pour chaque région particulière est le suivant :

Surface antérieure du thorax....	17
Surface postérieure du thorax...	Rien

Si ce n'est 40 cicatrices causées par les injections hypodermiques mal pratiquées.

Région des lombes, des fesses...	Rien
Region deltoïdienne gauche.....	31
Bras gauche..................	83
Avant-bras gauche.............	6
Région deltoïdienne droite......	32
Bras droit.....................	82
Avant-bras droit..............	7
Cuisse gauche.................	12
Jambe gauche..................	9
Cuisse droite..................	7
Abdomen....................	16
Jambe droite..................	16
Total.............	318

Sur la région externe du bras gauche, on remarque sept cicatrices, vestiges de la vaccination opérée dans le premier âge, cicatrices qui n'ont subi aucune modification,

réstées qu'elles sont parfaitement lisses, sauf au centre de l'une d'elles, où s'est formée récemment une petite tumeur en saillie sur les cicatrices anciennes.

Aucune modification dans les glandes lymphatiques inguinales et latéro-cervicales, muqueuses intactes.

Quant aux organes internes, on découvre des râles à l'auscultation soit sur la partie antérieure soit sur la partie postérieure du thorax ; vers la base du poumon droit, on remarque une obscurité à la percussion, retentissement vocal diminué et murmure vésiculaire affaibli. Les autres organes internes sont intacts.

Analyse de l'urine, — 500 cc., D. 1029. — Absence d'albumine, de muco-pus, de sucre diabétique, d'acide éthyldiacétique et de pigments pathologiques de toutes sortes ; état normal des pigments ordinaires et des phosphates terreux, abondance sensible des chlorures et de l'uree, grande abondance d'urates, l'inspection microscopique n'a rien fait découvrir d'anormal.

Pendant son séjour à la clinique, la malade a continué à présenter des phénomènes névropathiques et a été prise plusieurs fois d'accès convulsifs, de rétention d'urine, etc.

Après avoir obtenu le consentement de la malade, nous lui fîmes l'excision d'une petite tumeur bien développée à la région deltoïdienne droite. La plaie occasionnée par l'opération sembla tout d'abord vouloir, dans les premiers jours, se réprimer très rapidement, mais dans la suite la suppuration se déclara et le tissu cicatriciel augmenta d'une façon exubérante, laissant une chéloïde cicatricielle bien développée dans le milieu, entourée de petites chéloïde miliaires correspondant aux points de suture.

La malade sortie dans le mois de juin de la clinique dermato-syphilopathique est retournée dans son pays où

elle fut atteinte de fièvre miasmatique. Elle dit que pendant la période fébrile, les petites tumeurs cutanées se montraient plus gonflées et plus rouges, et que dans certaines d'entre elles cette coloration était très intense ; plusieurs de ces tumeurs, ajouta-t-elle, lui faisaient éprouver un prurit si violent, qu'en se grattant fortement elle en excoria une sur l'épaule gauche, ce qui produisit la sortie d'une grande quantité de sang, mais ce qui diminua sensiblement le volume de la tumeur.

En observant de nouveau cette année, l'état des tumeurs cutanées et en comparant cet état à celui de l'an passé, on a pu remarquer que plusieurs de ces tumeurs qui étaient proéminentes sur les cuisses et sur les jambes, ont maintenant l'aspect de taches infiltrées ou de cicatrices atrophiques, de façon qu'elles ont subi une phase régressive spontanée. En revanche, les petites tumeurs qui présentaient autrefois une coloration blanc brillant, et avaient la forme oblongue, ne se sont pas modifiées. Les cicatrices du dos ont également subi une phase involutive et se sont abaissées, à l'exception d'une seule où l'on observe maintenant parfaitement une forme chéloïdienne.

OBSERVATION IV

Chéloïdes spontanées multiples par E. Ory, interne des hôpitaux, *in Bull. de la société anatomique*, 1875.

Le nommé Ard. Charles, âgé de 38 ans, chapelier, est entré le 28 nov. 1875, à l'hôpital Saint Louis, au n° 26, salle Saint-Jean, pour se faire traiter de nombreuses

petites tumeurs douloureuses qu'il a vues se développer sur ses épaules depuis plusieurs années.

Cet homme grand, robuste, bien constitué est défiguré par les marques de la petite vérole qu'il a contractée en 1864. Comme autres antécédents, il accuse en outre une fluxion de poitrine en 1861. A part ces deux maladies. il dit avoir une bonne santé habituelle : il affirme n'avoir jamais eu dans son enfance ni maux d'yeux, ni gourme, ni ulcérations derrière les oreilles, ni ganglions volumineux ou douloureux.

L'affection actuelle débuta ou mieux fut reconnue par le malade vers l'âge de 18 ans, par deux plaques symétriquement placées, à la partie interne et supérieure des bras. Ces plaques existent encore actuellement. Elles affectent une forme cruciale dont les branches ont environ 3 cent. Cet aspect est surtout marqué du côté droit où la lésion représente assez bien une croix de Malte. Puis apparurent (7 à 8 ans après) et grandirent successivement les autres tumeurs sessiles que l'on constate sur les épaules : on voit, en effet, du côté gauche, plusieurs groupes au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate ; d'autres répondant à la région deltoïdienne, se prolongent en arrière par une traînée inégale, irrégulière, interrompue suivant une ligne qui répond à peu près à la direction de l'omoplate, les tubérosités se retrouvent également du côté droit, elles y sont même plus nombreuses.

Ces nodosités sont recouvertes d'un épiderme sain ; elles ont une coloration rosée un peu pâle, leur consistance est ferme mais non pas dure ; elles se déplacent avec la peau, leur développement a été lent et progressif. Elles font une saillie notable, mais variable suivant les points, les unes à peine marquées, les autres s'élevant de plu-

sieurs centim. au dessus de la peau. Elles sont limités par un bord net bien tranché et sont toutes sessiles. A leur niveau la sensibilité tactile n'est pas modifiée, mais au dire du malade, ces tumeurs sont le siège de picotements, de demangeaisons et même d'élancements douloureux survenant par acces, persistant parfois pendant une demi-heure, et dont le retour serait plus fréquent depuis quelques mois. La peau, au niveau du sternum ne présente pas de lésion analogue, le reste du corps est sain : cependant au niveau de six traces de vaccine, on constate l'aspect franchement chéloïdien des cicatrices, mais là, les cheloïdes sont plus blanches ; enfin au niveau du pli du coude gauche, les traces d'une double saignée faite en ce point sont marquées par de petites chéloïdes blanches, mais très nettes.

Le malade ne prétexte ni coup ni frottement habituel, ni application irritante ; il est chapelier, ne porte jamais de lourds fardeaux ; il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique, ni rhumatisant,il affirme jouir d'une bonne santé, les douleurs qu'il éprouve au niveau des tumeurs l'ont seules déterminé à venir consulter.

La santé générale est restée bonne, c'est la règle. Le développement a été lent et progressif; il n'y a jamais eu d'ulcérations de la peau. Quelques-unes de ces tumeurs paraissent avoir diminué de volume, ce qui a été également noté. Je ferai remarquer au début de l'apparition la symétrie des deux premières plaques, toutes deux de forme cruciale siégeant à la face interne et supérieure de chacun des deux bras.

OBSERVATION V

Chéloïde spontanée multiple, par le professeur Schwimmer, *in Vierteljahresschrift für Dermat. und syphilis*, 1880, p. 253.

K... F., âgée de 35 ans, bien portante et d'une constitution robuste, vint me consulter le 6 mai 1879, pour une étrange éruption qui couvrait tout le tégument. Des tumeurs étaient disséminées assez irrégulièrement sur la moitié droite de la poitrine, de la région claviculaire jusqu'au sein, et en arrière du même côté, de la limite scapulaire supérieure jusqu'à la colonne vertébrale. Ces tumeurs variaient de la grosseur d'un pois à celle du pouce. Pendant qu'en avant, elles étaient irrégulièrement disséminées, en arrière elles étaient distribuées selon un certain ordre, depuis la quatrième et la sixième côte jusqu'à la colonne vertébrale. Toutes ces néoformations étaient d'une structure solide, peu mobiles, et en général la peau sus-jacente était de couleur normale : quelques-unes cependant étaient de couleur très rouge, luisantes, et parcourues par de fines ramifications vasculaires. Ces tumeurs ètaient arrondies ; certaines envoyaient de grands prolongements dans la peau du voisinage, de telle sorte qu'à leur périphérie, elles y paraissaient enfoncées. D'ailleurs, on pouvait reconnaître de nombreuses formes aux nouvelles formations, les unes entrelacées, les autres ovales, isolées et entre lesquelles la peau saine formait comme des îlots. On pouvait compter *cent cinqtumeurs* isolées. A la pression un peu forte, la malade éprouvait de la douleur, mais il n'y avait pas de douleurs

spontanées. La maladie datait de six ans et s'était développée lentement et sans phénomènes subjectifs appréciables. Depuis six mois, il n'y avait eu aucun changement apparent et les chéloïdes semblaient avoir atteint le terme de leur développement. La malade avait suivi plusieurs traitements, mais inutilement, car tant à cause du nombre des tumeurs qu'à cause de leur forme et de leur couleur, de nombreux médecins avaient pris la maladie pour des gommes syphilitiques. Un traitement antisyphilitique fut suivi en vain pendant quelque temps. J'ai enlevé quelques-unes de ces chéloïdes, mais elles se reproduisirent avec leurs dimensions primitives et aux mêmes points qu'auparavant. Sur tous les autres points du corps, la peau était saine et ni l'anamnèse, ni l'état actuel ne permettait de supposer de maladie préexistante. La malade resta quelque temps en observation et les tumeurs demeurèrent toujours dans le même état.

OBSERVATION VI

Chéloïde spontanée multiple, par J. Hutchinson. *Medical Times and Gazette*, 29 mai 1885.

Mme S..., est venue sous mon observation, il y a 10 ans. Quand elle me consulta pour une chéloïde siégeant au milieu de la poitrine, il y a 10 ans que la tumeur existait. Je lui dis qu'elle pouvait espérer que la tumeur disparaîtrait et je l'avertis de ne pas se la faire enlever. Mme S..., se maria, partit comme missionnaire et je ne sus plus rien d'elle jusqu'à récemment. En octobre 84, elle revint en Angleterre et vint se montrer à moi. Ma prédiction que la

chéloïde diminuerait, avait été en partie réalisée : la partie supérieure de la plaque était devenue tout à fait souple et presque au niveau de la peau, mais à son commencement et à son bord inférieur, la tumeur s'était beaucoup étendue et ses bords étaient très durs et profonds. La cheloïde a maintenant 4 pouces de long et 1 pouce 1/2 de large, elle court en droite ligne à travers la poitrine et offre un des exemples les plus splendides de chéloïde que j'aie jamais vu. Mme S... se plaint de démangeaisons intolérables et fréquentes. Pendant ce dernier mois, le milieu était enflammé et un abcès s'était formé et ouvert ; la formation de cet abcès avait été très douloureuse pendant toute la nuit. Au début de cette plaque, il n'y avait aucune cicatrice visible : un bouton dur, sorte de furoncle avorté, est ce qui a été d'abord observé, puis il y a eu de la douleur, des démangeaisons et une transformation graduelle en la plaque chéloïdienne que nous observons maintenant. La chéloïde a mis 30 ans à prendre les dimensions actuelles.

Mme S... me raconta qu'en outre de cette chéloïde, elle avait plusieurs autres tumeurs et deux qui ne faisaient que commencer, je les examinai avec beaucoup de curiosité : sur l'épaule droite, il y avait une bande indurée d'une longueur de 2 ou 3 pouces, d'une couleur rouge vif et consistant en une série de nœuds durs enracinés dans la peau. — Cette chéloïde s'était montrée, m'a dit la malade, il y a plusieurs années, elle n'avait pas encore présenté les formes caractéristiques de la chéloïde — pas très élevée au dessus du niveau de la peau, et pas de prolongements — elle était cependant très dure.

Juste au dessus de l'ombilic était une longue bande, d'un caractère semblable, mais moins prononcée — on aurait

di une égratignure d'épingle qui a enflammé ; elle datait d'un an, et était très dure. — Deux petites papules dures situées près de la bande de l'abdomen donnaient l'idée, nous dit Mme S..., de ce que la première chéloïde était au commencement ; ces papules étaient coniques, presque aussi grosse que le bout du petit doigt et d'une couleur rouge brun. Elles n'étaient ni brillantes, ni polies, mais se présentaient comme beaucoup de furoncles avortés : les papules sont restées stationnaires près d'une année, de telle sorte que je n'ai aucun doute que Mme S... avait raison en affirmant, d'après la démangeaison et la douleur qu'elle ressentait. que les papules étaient près de devenir chéloïdes.

On pourrait ajouter que Mme S... avait sur un doigt la cicatrice d'un furoncle dont elle avait souffert il y a quelques années et qui n'avait jamais pris la croissance chéloïdienne. La malade ne portait sur le corps aucune autre cicatrice ; il n'y avait aucune histoire de cancer dans sa famille, mais une cousine avait eu une tumeur kystique au sein.

OBSERVATION VII

Chéloïde multiple spontanée, par J. Hutchinson. — *In Medical Times and Gazette*, 23 mai 1885

Mme O..., 27 ans, d'un caractère mélancolique, très marquée de la petite vérole ; les premiers symptômes de chéloïde se montrèrent sur l'épaule gauche ; bientôt après une seconde apparut sur la partie correspondante de l'épaule droite. La malade était alors en bonne santé, mais

avait perdu du sang en petite quantité ; dernièrement plusieurs chéloïdes se sont formées; elle a maintenant des papules aussi larges que des couronnes sur la région de l'omoplate; d'autres, de formes très variées, sur la région deltoïdienne, une seule sur la région de la poitrine et de nombreuses petites sur les parties latérales du tronc. Toutes présentent les mêmes caractères, de tumeurs élevées, brillantes et indurées, elles sont très douloureuses, surtout aux changements de température : la douleur commence avec la démangeaison et devient en peu de temps d'un caractère aigu et lancinant. Si elle les frotte, elles brûlent encore plus. Quelquefois, elles ne sont pas du tout douloureuses. Sur l'épaule, près d'une chéloïde, on voit une cicatrice blanche : cette cicatrice, dit la malade, a été laissée par une brûlure d'eau bouillante à l'âge de 10 ans, peut-être quelques plaques chéloïdiennes se sont-elles formées là où la malade s'était brûlée, en tout cas, la malade est certaine que beaucoup de chéloïdes se sont développées sur des places indemnes de toute brûlure. Il n'y a aucune histoire de cancer dans sa famille.

OBSERVATION VIII

Chéloïdes spontanées multiples, par Firmin, (*de la Chéloïde spontanée*, thèse de Paris, 1850, obs. I.)

Au n° 15 de la salle Napoléon, service de M. Cazenave, est couché le nommé N. Charles, postillon, âgé de 28 ans. Ce malade entre à l'hôpital St-Louis le 8 janvier pour y être traité de la maladie que nous décrirons. D'une faible constitution, à peau fine, à cheveux rouges, le malade pré-

sente tous les attributs du tempérament lymphatique. La poitrine est en assez mauvais état, il tousse depuis longtemps. Chaque matin N. rend des crachats sanguinolents et opaques. A la percussion, on trouve une matité assez prononcé, au sommet du poumon droit, s'étendant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; par l'auscultation, on constate un léger retentissement de la voix et une augmentation évidente dans l'intensité de l'expiration. Battements de cœur fréquents sans altération dans le rythme ou dans les bruits. Aucun membre de sa famille n'a présenté une affection analogue à celle dont N. est affecté maintenant.

Il y a trois ans, pour la première fois, le malade put constater la présence de petits boutons siégeant au ventre et à la partie postérieure du thorax. Ces boutons ne tardaient pas à acquerir un certain développement : quelques-uns pouvaient avoir deux ou trois centimètres de largeur, quelquefois davantage. ils constituaient ainsi les tumeurs qui se voient maintenant. Interrogé une première fois pour savoir si à la place où existent les tumeurs, il y a eu des ulcérations, le malade répond qu'il n'y a jamais eu de plaie ni de suppuration. Quoi qu'il en soit, nous ne parlerons que de ce que nous avons pu observer. La figure, le tronc, les bras sont couverts de ces tumeurs. N. entre à l'hôpital de Nantes où il reste en traitement pendant deux années consécutives ; là, on lui fit prendre une foule de médicaments : à l'intérieur du protoiodure et du deuto iodure de mercure ; des bains sulfureux, alcalins ou sublimés. Il ne ressent une légère amélioration qu'après l'emploi de l'iodure de potassium. Il quitte Nantes au mois d'octobre 1849, et entre à l'hôpital Saint-Louis à l'époque indiquée précédemment, alors nous le trouvons dans l'état suivant : à la partie antérieure du

thorax, à deux pouces à peu près de l'extrémité interne de la clavicule, existe un petit bouton qui, au dire du malade, serait le début de la maladie. C'est une espèce de petit tubercule rouge de la grosseur d'un grain de millet, ressemblant à une papule d'érythème papuleux, douloureuse et siège d'une cuisson assez vive. Dans d'autres points du corps, nous trouvons des tumeurs rouges, violacées, d'une étendue variable, tantôt régulièrement arrondies, tantôt au contraire fort irrégulières, saillantes d'au moins cinq ou six millimètres au dessus des téguments voisins. Elles sont très douloureuses et le malade éprouve des élancements très vifs. Ces tumeurs sont disséminées sur tout le tronc et les bras ; elles offrent des formes très différentes ; c'est ainsi que sur la partie interne du membre supérieur droit on en trouve une très volumineuse, allongée, et ayant une espèce de corps cylindrique duquel partent plusieurs prolongements qui vont se confondre avec les parties saines. La surface de cette tumeur présente des anfractuosités assez profondes, ayant tous les caractères que Retz a donné de la chéloïde ; « ces plaques de loupe entrelacées de filons de la même nature ; l'épiderme qui les recouvre est très mince et plissé ; les poils sont conservés, seulement ils sont moins longs, moins développés qu'à l'état normal. Outre les tumeurs sur la figure, sur le tronc, sur les bras, existent d'autres plaques blanchâtres, de niveau avec le reste des téguments, régulières ou irrégulières comme les tumeurs elles-mêmes, offrant partout la même coloration et l'aspect d'une cicatrice. Nous l'avons dit, les cicatrices sont blanchâtres, recouvertes de petits points très marqués, au centre desquels se trouve un poil comme atrophié. Les poils sur toutes ces parties sont en effet bien plus petits, bien plus fins que ceux que

l'on rencontre sur les autres parties du corps. Nous appelons l'attention du malade sur un fait qu'il a pu constater, nous dit-il, c'est que pendant une transpiration abondante il a pu voir les cicatrices, comme les autres parties du corps, recouvertes de sueur.

N. . sort le 4 avril. Voici maintenant ce que nous avons pu constater pendant son séjour à l'hôpital. Le petit tubercule que nous avons dit exister à la partie antérieure du thorax, a un peu augmenté de volume en conservant les caractères qu'il avait à son orifice ; sur la partie externe du bras existaient deux petites tumeurs, arrondies, de la largeur d'une pièce de 50 centimes que nous avons pu suivre dans leur marche. Ces tumeurs ont d'abord pâli, sont devenues moins saillantes, de violacées qu'elles étaient précédemment, elles sont maintenant d'un rouge pâle. Peu après ce changement de couleur, elles sont devenues plus molles et les bords ont commencé par s'affaisser, il y a eu une sorte de resorption du tissu jusqu'à ce qu'ils soient arrivés de niveau avec la peau saine. Le centre de la tumeur restait saillant, mais peu à peu il finit par être résorbé, et au moment de la sortie du malade, on sentait à peine une legère élévation. A la place de la tumeur existait une de ces cicatrices dont nous avons parlé plus haut. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade prend trois bains simples par semaine. L'appétit est très bon, il mange cinq portions, tisane de chicorée sauvage.

OBSERVATION IX

Chéloïde spontanée multiple, par Bazin, *in Revue médicale*, 1857, p. 723.

Le seul cas très remarquable de chéloïde spontanée

multiple qu'il m'a été donné d'observer est celui d'une jeune dame qui en était affectée depuis plusieurs années; on les avait prises pour une syphilide tuberculeuse et soumis la malade à un traitement mercuriel qui, comme bien l'on pense, n'amena aucun résultat.

Quand elle vint me consulter, la malade portait de nombreuses plaques chéloïdiennes sur le corps, notamment sur les seins, sur la région antérieure de la poitrine, sur l'abdomen, les hanches, etc. L'un des seins était entouré à deux centimètres au dessous de l'aréole mammaire et comme étranglé par un cercle chéloïdien d'au moins un centimètre de hauteur. Au dessous de l'ombilic, entre cette cicatrice et le pubis, il y avait plusieurs plaques assez larges, arrondies, triangulaires ou losangiques de la même affection. Sur la hanche et à la partie supérieure et externe de la cuisse du côté gauche, existaient ainsi des plaques rubanées de chéloïdes disposées verticalement, selon le diamètre longitudinal de la cuisse. Toutes ces plaques, mais surtout celles du sein, étaient accompagnées de picotements et même d'élancements qui ne laissaient à la malade aucun moment de repos et qui surtout l'inquiétaient beaucoup.

Parmi les nombreux moyens que je mis en usage il en est un surtout qui me parut avoir une efficacité remarquable : ce furent les bains de mer.

OBSERVATION X

Chéloïde spontanée multiple, par E. Schwimmer. *In Vierteljahres schrift für Derm. und syphil.* 1880, p. 225.

« S R., 17 ans, vint à l'admission de l'hôpital au com-

mencemet de juillet 1879 avec une dermatose couvrant tout le tégument. Le début de la maladie remontait à peu de temps, six mois auparavant, la malade avait été atteinte de rougeole et c'est peu de temps après que se manifesta l'éruption par papules séparées. Elles avaient leur siège sur la moitié droite du thorax. Cette région était recouverte de tumeurs légèrement douloureuses à la pression, les unes isolées, les autres confluentes, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, très adhérentes au tissu sous-cutané, peu mobiles.

La peau qui recouvre les néoformations est normale, parfois d'un rouge brillant. Quelques chéloïdes sont sillonnées par un grand nombre de vaisseaux sanguins : les nodosités quoique disposées d'une manière peu régulière, sont cependant agglomérées entre la 4e et la 7e côte. L'état de la peau chez cette malade est en général très remarquable ; A la face, il y avait de nombreux comédons et à la nuque, sur l'abdomen et sur les parties du tronc. indemne de chéloïdes, on voyait de nombreuses taches brillantes, blanches, plates, semblables à des cicatrices et résultant de la régression de nodosités semblables.

Comme traitement, je cherchai à détruire quelques nodosités, les unes avec la curette, les autres par l'application prolongée d'une pommade à l'acide pyroyallique à 10 0/0. Toutefois, comme la récidive se produisit rapidement à la suite de cette médication, je me décidai à enlever tous les néoplasmes et à cautériser énergiquement les bords de la plaie avec le thermocautère. Au bout de 5 mois, la plaie était complètement cicatrisée, aucune nouvelle nodosité ne s'était produite à ce moment dans le voisinage du tissu cicatriciel ; cependant sur la partie la plus périphérique de la cicatrice, on voyait une légère tuméfaction pouvant faire craindre une récidive.

OBSERVATION XI (Résumée).

Chéloïde spontanée multiple par Dénériaz, thèse de Berne, 1887, p. 9.

B. P..., est un homme de 37 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire, ni tuberculeux, ni syphilitique. Il n'a lui-même jamais eu d'affections vénériennes. Enfant, il a toujours été d'une santé délicate, il a souffert pendant longtemps de maux d'yeux assez violents (conjonctivite). Vers 15 ans, il a fait une grave maladie qu'il croit être la variole; elle guérit cependant sans traitement médical et ne laissa que de très légères cicatrices. A l'âge de 22 à 23 ans, un ictère avec pleurésie, affection qui dure quatre mois.

Depuis de longues années, B... souffrait de douleurs rhumatismales dans les genoux et les pieds. Les orteils se sont déformés petit à petit (flexion dorsale et adduction); des durillons se sont formés sur les points les plus proéminents; il s'ensuivit des abcès et des ulcérations et c'est ce qui a amené B..., à l'hôpital en décembre 1884.

C'est alors que l'on a examiné sérieusement, pour la première fois, les nombreuses tumeurs qui couvrent son corps et voici ce que l'on a pu savoir au sujet de l'apparition et du développement de ces chéloïdes. B... ne sait pas à quelle époque précise les premières chéloïdes ont apparu; il les avait déjà comme petit garçon alors qu'il commençait à fréquenter l'Ecole.

Les premiers souvenirs un peu exacts se rapportent à deux tumeurs, une à la poitrine l'autre au côté interne du

genou droit (7 à 8 ans). La première siégeant entre le sternum et le mamelon droit, à la place où se voit maintenant la plus grosse plaque néoplasique, était de la grosseur d'une framboise et en avait la coloration et la surface bosselée. La seconde moins proéminente, mais plus étendue (comme une pièce de cinq francs) était dure au toucher, de coloration bleuâtre et douloureuse soit spontanément soit à la pression. B... éprouvait des sensations étranges ; il lui semblait qu'un ver se promenait sous sa peau ; de fortes démangeaisons alternaient avec des douleurs aiguës et lancinantes, la chaleur les exasperait, mais les variations de température, l'apparition d'un orage, etc., n'y apportaient aucun changement.

Il croyait avoir affaire à des « envies ». Peu après apparurent une tumeur au côté externe du genou gauche et une autre au haut de la cuisse droite (à 10 ans), Mais jusqu'à l'âge de 22 à 23 ans ces tumeurs ne se développèrent que très peu et elles n'avaient à cette époque guère dépassé leur volume primitif. Deux ou trois ans plus tard apparurent des tumeurs sur l'épaule gauche et depuis lors, il s'en forme presque chaque année de nouvelles sur quelque partie du corps. Elles débutent toujours d'une façon identique ; le malade est très affirmatif à cet égard, ce sont toujours les mêmes boutons rouges et durs et qui croissent d'autant plus rapidement qu'il est plus avancé en âge. Arrivés à une certaine grosseur, ils deviennent stationnaires ou ne font plus que de très lents progrès, Depuis le premier séjour de B... à l'hôpital, en 1884 1885, l'état des chéloïdes a peu changé ; quelques tumeurs ont continué à se developper ; d'autres, et le plus grand nombre, sont restés stationnaires. Il s'en est par contre formé de nouvelles, dont la plus grosse dépasse actuelle-

ment le diamètre d'une pièce de 5 francs. On avait alors extirpé trois tumeurs dans le but de les soumettre à un examen histologique approfondi.

Immédiatement après leur extirpation elles se sont affaissées et ont perdu la plus grande partie de leur coloration, preuve que la tension de leur tissu et leur rougeur sont dues principalement au sang qu'elles contiennent et qui s'écoulait alors en abondance. Les plaies se sont réunies sans suppurer et malgré cela quelques jours après, on pouvait déjà remarquer dans les cicatrices de magnifiques récidives qui, malgré les efforts tentés pour les enrayer (compression, badigeonnage de collodion), n'en ont pas moins poursuivi leur croissance. Chez deux d'entre elles chaque point de suture a donné naissance à autant de prolongements symétriques. Notons enfin le fait que notre sujet porte à la tête, aux mains et aux bras, plusieurs cicatrices, suites de blessures ou de furoncles qui sont parfaitement nettes et sans traces d'hypertrophie; il en est de même de cicatrice de ventouses scarifiées que l'on avait appliquées sur son dos dans une précédente affection et de la piqûre d'une sangsue posée dans un but expérimental près d'une chéloïde.

Si nous passons maintenant à l'examen du cas, nous nous trouvons en face d'un homme de petite stature, d'un aspect grêle et présentant un certain nombre de difformités curieuses; les mains sont singulièrement *palmées*, la peau s'étendant jusqu'aux deux tiers de la première phalange, les rebords orbitaires, très proéminents, présentant de véritables exostoses, les orteils sont tous plus ou moins déformés, trois sont amputés. Le malade présente en outre les symptômes cliniques d'une insuffisance mitrale prononcée. Ce qui frappe surtout chez

lui, ce sont les nombreuses tumeurs dont sont corps est parsemé, nombreuses surtout sur la poitrine, les épaules et le dos. Elles manquent complètement à l'abdomen et au visage. On en voit aussi à la nuque, aux bras et aux jambes; cette dernière localisation est considérée comme très rare (Kaposi, Schwimmer). Ces tumeurs siègent dans la peau elle-même et sont, avec elles, mobiles sur les parties profondes. Mais elles présentent dans leurs formes et leurs caractères extérieurs des différences telles que l'on pourrait, à première vue, croire à des manifestations morbides tout à fait étrangères l'une à l'autre.

C'est ainsi que nous voyons sur la poitrine une grande plaque, aux contours tout à fait irréguliers et capricieux et que l'on prendrait facilement pour une cicatrice syphilitique ou une suite de brûlures. Elle envoie dans tous les sens de nombreux prolongements. Sur l'épaule gauche se trouve une autre tumeur, sans aucun prolongement, aussi régulière qu'un segment de sphère qu'on aurait appliqué sur la peau, le centre proéminent de cinq à six millimètres, les bords se perdant insensiblement; entre ces deux types extrêmes, on rencontre de nombreux intermédiaires représentés par des tumeurs plus ou moins régulièrement rondes ou ovales, allongées comme des biscuits. Tantôt les bords sont à pic, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils meurent peu à peu dans la peau environnante. On voit des tumeurs de toutes dimensions; la plus grande mesure jusqu'à 23 centimètres de longueur, la plus petite n'atteint pas même la grosseur d'un grain de maïs...

Dans plusieurs chéloïdes un peu frustes, nous remarquons la disposition suivante, le centre est feuilleté ou atrophique, la périphérie rouge, dure, gorgée de sang et ne présentant que quelques plissements superficiels. Ce

fait est aussi noté par Kaposi. Parfois au centre des tumeurs, ces replis épidermiques sont concentriques et superposés comme si les couches superficielles étaient déchirées les unes après les autres et avaient laissé voir successivement les parties profondes. Ce n'est que lorsque la tumeur s'est étendue et après un certain nombre d'années que le tissu s'est plissé et est devenu blanc et atrophique. Nous ne sommes donc pas ici en présence d'éléments différents, mais il ne s'agit que des périodes diverses d'un seul et même tissu ; d'un côté la croissance encore vive ; de l'autre l'organisation, la régression et enfin l'atrophie. Et nous serons bien plus portés à le croire si nous jetons un coup d'œil sur les autres chéloïdes de dimensions plus petites. Parmi celles-ci, les unes nous présentent l'aspect rouge vif et turgescent, l'épiderme lisse et tendu, la douleur à la pression que nous connaissons déjà comme caractérisant les places où la tumeur continue à se développer ; et ce sont en effet les plus petites tumeurs, de nouvelle formation n'atteignant qu'à peine la grosseur d'un grain de maïs ou celles déjà plus grosses et plus anciennes, mais dont la marche et la croissance ne se sont pas arrêtées. Les autres, moins douloureuses, à la coloration beaucoup moins vive, à l'épiderme sillonné de nombreux plissements, font l'impression de tumeurs qui se sont arrêtées dans leur développement et dont les tissus ne présentent plus la même vitalité.

L'étude des phénomènes subjectifs nous montre que la plupart des tumeurs, mais surtout celles qui sont en voie de développement, sont assez douloureuses, soit à la pression, soit spontanément, tandis que celles qui paraissent stationnaires ou en voie de régression, le sont beaucoup moins ou tout à fait indolores. Les deux actions

Bibliographie.

Amicis (de). — Compte rendu du Congrès de Derm., 1889.

Addison Th. — Medico-chirurgical Transact., t. XXXII, 1854.

Alibert. — Précis historique et pratique des mal. de la peau. Paris, 1817.

— Mémoires de la Société médicale d'Emulation, t. VIII, 1810.

— Monographie des dermatoses. Paris, 1835.

Babes. — Das kéloïd. In ziemssen Handbuch der speciellen pathologie, t. II.

Bateman. — A pratical synopsis of cutaneous diseases. London, 1813. Trad. Bertrand.

Bazin. — Revue médicale, 1857, T. I, p. 723.

— Leçons sur les affections génériques de la peau, 1862.

— Art. chéloïde in dict. Dechambre, 1874.

Burnett. — Gazette de Paris, 1854.

Cabot (de Boston).—American Journal of medical Sciences, 1851, july, p. 71.

Cazenave et Schiedel. — Abrégé pratique des mal. de la peau, 4e édit. Paris, 1847.

Chapelle (de). — Journal de médecine de Bordeaux, 8e année, 1863.

Coley. — Chirurg. Wahrnehmungen Lancet, vol. I, n° 14, 1834.

Cornil. — Leçons sur la syphilis.

Cornil et *Ranvier.* — Manuel d'histologie patholog., 1884, t. II.

Crudell. — Med. Jahrbücher von Wirchow et Hirsch.

Delpech. — Th. de Par s, 1881.

Deneriaz. — Th. de Berne, 1887.

Devergie. — Traité des mal. de la peau, 1854.

Dieberg. — Deutsche Clinik, 1852, n° 33.

Firmin. — Th. Paris, 1850.

Follin. — Gazette des hôpitaux, 1849.

Fournier. — Recherches sur la syphilis tertiaire, 1889.

Fuchs. — Hautkhrankheiten, 1840.

Gibert. — Traité des m. de la peau.

Gintrac. — Cours théorique et clinique de Path. Int., Paris, 1859, t. V.

Guérelin. — Th. Paris, 1837, n° 194.

Guyard. — Th. Paris, 1886.

Hardy. — Leçons sur les mal. de la peau, Paris, 1835.

— Article Kéloïde in dict. Jaccoud, 1874.

Hawkins. — Frorieps notizen, 1842.

Hebra. — Traité des mal. de la peau, trad. Doyon, 1874.

Hutchinson. — Medical Times and Gazette, 1885, mai.

Jacobson. — Langenbecks Archiv., XXX.

Kaposi. — Mal. de la peau, trad. Besnier, 1881.

Langhans. — Archives de Virchow, t. XL, 1867.

Leloir. — Th. de Paris, 1881.

— Art. trophonévrose, in dict. Jaccoud.

— Annales de Derm. 1890.

Lebert. — Mal. cancéreuses, 1851.

Legouest. — Gazette des hôpitaux, 1858.

— Art. cicatrices, in dict. Dechambre.

perçues sont très variables : tantôt sourde et continue, la douleur est en d'autres places aiguë et lancinante, elle peut être assez forte pour empêcher le sommeil. Des démangeaisons désagréables se font sentir surtout quand le malade se met au lit et peuvent devenir si intenses par la chaleur, qu'il ne peut se tenir en repos devant un foyer. La sensation de la douleur est la mieux perçue ; celle de la température l'est par contre très mal et il faut une grande différence pour que B. puisse distinguer le chaud du froid. La sensibilité tactile tient le milieu. En général, les tumeurs que nous avons considérées comme étant en voie de régression sont moins douloureuses, mais plus anesthésiées que les autres.

CONCLUSIONS

I — A côté de la chéloïde cicatricielle, on doit admettre une variété plus rare de chéloïde, d'origine spontanée, à manifestations multiples.

II — La chéloïde spontanée mul'iple peut être classée, par ses symptômes objectifs et fonctionnels, parmi les trophonévroses cutanées.

III — Le pronostic est celui des tumeurs bénignes de la peau. — Le traitement devra se borner à être symptomatique.

Lhonneur. — Th. de Paris, 1856.
Liron. — Th. de Paris, 1877.
Littré et Robin. — Dict. de med., art. Chéloïde.
Maubon. — Th. de Paris, 1855.
Mery. — Nature de la sclérodermie, th. de Paris, 1889.
Michon. — Du cancer cutané, th. de Paris, 1848.
Neumann. — Lehrbuch der Hut Krankeiten, 1873.
Ory. — Bull. de la Soc. anat., 1875.
Pfiffard. — Archiv. of. Dermat. 1880, VI.
Pick. — Wien med. Wochenschrift, 1867, XVII.
Rayer. — Traité des mal. de la peau. Paris, 1835, t. II.
Radcliffe crocker. — Britisch medical Journal. Sept. 1886.
Retz. — Traité des mal. de la peau et de celles de l'esprit, 1890.
Rendu. — Troubles de la sensibilité dans les dermatoses, Ann. de derm., 1873-1874.
Rokitansky. — Pathol. Anatomie, 1856, t. II.
Schuh. — Pseudoplasmen. — Vienne, 1854.
Schwimmer. — Das multiple keloïd. In Vierteljahres Schrift f. Derm. n. Syph. 1880.
— Art. Keloïd. in Ziemssen Handbuch.
Taylor. — Journal of cutaneous und vener. diseases, 1883, II.
Testut. — De la symétrie dans les aff. cutanées, th. Paris, 1877.
Tulbury Fox. — Skin diseases. London, 1864.
Velpeau. — Gazette des hôpitaux, 1845.
Verneuil. — Gazette des hôpitaux, 1858.
Vidal. — Bulletin de la Société de chir., 1881.
— France médicale, fév. 1881.
— Congrès de Dermat., 1889.

Warren. (Junior). — Sitzungsbericht der K. Acad. der Wissenschaft, mars 1868.

Wedl. — Histologie, Vienne, 1859.

Wilson. Erasmus. — Diseases of the Skin. London, 1876.

— Portraits of diseases of the Skin.

Wirchow. — Pathologie des tumeurs. trad. Aronssohn, t. II.

Wolkmann. — Archiv. für klinische chirurgie, XIII.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.